PSIHOLOGIE

Autorul a dezvoltat în activitatea sa de cercetare de mai mulți ani o metodă de psihoterapie caracterizată în același timp prin claritate, aplicabilitate, eficiență rapidă și profundă. El și-a denumit metoda, care între timp a dobândit o recunoaștere pe scară largă, analiză diferențială, din cauza faptului că, pe parcursul terapiei, clientul învață să își diferențieze comportamentul problematic și să îi distingă componentele. Această diferențiere permite separarea părților de comportament pozitive de tulburările efective, oferind pacientului și mediului său înconjurător puncte de reper în raporturile pe care acesta le are față de problemele sale. Autorul folosește în demersul său o varietate de metode terapeutice, precum psihanaliza, terapia comportamentală, terapia de familie, psihodrama sau/și hipnoterapia. Cu ajutorul psihoterapiei pozitive pot fi tratați pacienți din toate straturile sociale, căci ea nu presupune capacități deosebite de limbaj, putând fi aplicată în continuare și în context transcultural, având în vedere faptul că ea ține cont de atitudinile și evaluările culturale corespunzătoare.

Prof. h. c., Dr. med. Nossrat Peseschkian, medic specialist în neurologie și psihiatrie, psihoterapeut, s-a născut în 1933, în Iran. După încheierea studiilor de medicină în Freiburg și Mainz și după examenul de stat susținut în 1960 în Frankfurt am Main, a urmat definitivatul și apoi specializarea psihoterapeutică în Republica Federală Germania, în Elveția și în Statele Unite ale Americii. Din 1969 are propriul său cabinet psihoterapeutic în Wiesbaden. Autorul este întemeietorul psihoterapiei pozitive. Este docent în cadrul Academiei Medicilor din landul Hessen. În anul 1977 a obținut premiul Richard Merten. La editura Fischer, colecția Cartea de buzunar, au apărut: „Psihoterapia vieții cotidiene“ (Bd. 1855); „Negustorul și papagalul“ (Bd. 3300); „Terapia pozitivă a familiei“ (Bd. 6761); „În căutarea sensului“ (Bd. 6770); „33 și o formă de parteneriat“ (Bd. 6792), „Psihosomatica și psihoterapia pozitivă“ (Bd. 11713), (cu Udo Boessmann), „Angoasă și depresie în viața cotidiană“ (Bd. 13302), precum și „Secretul grăuntelui. Depășirea pozitivă a stresului“ (Bd. 14569).

De același autor, la Editura Trei a apărut *Povești orientale ca elemente ede psihoterapie*.

Nossrat Peseschkian

Psihoterapie pozitivă

Teorie și practică

Traducere din limba germană de

Raluca Râpan

3 TREI

CENTRUL MEDICAL UNIREA
Serviciu cu suflet

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta colecției:
FABER STUDIO (Silvia Olteanu și Dinu Dumbrăvician)

Redactor:
SIMONA REGHINTOVSCHI

Dtp:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Corectură:
Sînziana Doman

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
PESESCHKIAN, NOSSRAT
Psihoterapie pozitivă / Nossrat Peseschkian; trad.: Raluca Râpan - București : Editura Trei, 2007
Bibliogr.
ISBN 978-973-707-167-5

I. Râpan, Raluca (trad.)

615.851

Această carte a fost tradusă după:
Positive Psychotherapie, Nossrat Peseschkian,
S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 6 auflage, 2002

Copyright © *S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1977*

Copyright © Editura Trei, 2007,
pentru ediția în limba română

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: office@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-167-5

Cuprins

O încercare de sinteză (de Vasile Dem. Zamfirecu) i
Prefață din partea colaboratorului (de Wargha Enayati) iii
Prefață la ediția cartea de buzunar 7
Prefața lui Raymond Battegay 11
Introducere 15
Mulțumiri 23

Capitolul 1. Introducere în psihoterapia pozitivă 25
1. Labirintul psihoterapiei 25
2. Sănătate — boală 30
3. Nevroză și nevrotic 32
4. Vă aflați la locul potrivit? 32
5. Caricaturi ale psihoterapiei 40
6. Psihoterapia pozitivă 51

Capitolul 2: Introducere în analiza diferențială 53
Capacitățile actuale 60
Teoria analitico-diferențială 66
Microtraumele 90
Predispoziția conflictuală selectivă 94
Semnificația capacităților actuale 96

Capitolul 3: Capacitățile de bază 105
Ce au toți oamenii în comun? 105
Capacitățile de bază în literatura de specialitate 107
1. Ce este capacitatea de cunoaștere? 109
2. Ce este capacitatea de iubire? 124
Analiza interacțională 145
Analiza diferențială și apariția bolii 153

Capitolul 4: Tipuri de reacție — Concepte — Neînțelegeri 162
1. Trei tipuri de reacție 162
2. Concepte și mitologii 183
3. Neînțelegeri 204

Capitolul 5: Primul interviu în analiza diferențială 231

Capitolul 6: Cele cinci etape ale terapiei analitico-diferențiale 274
Etapa 1: Observarea / Distanțarea 277
Etapa 2: Inventarierea 287
Etapa 3: Încurajarea situațională 298
Etapa 4: Verbalizarea 314
Etapa 5: Extinderea obiectivelor 330

Capitolul 7: Analiza diferențială și alte psihoterapii 362
Critică și posibilități de cooperare 362
Terapia analitico-diferențială de scurtă durată 369
Analiza diferențială și alte teorii 371

Psihanaliză — Terapia comportamentală — Psihologia individuală — Psihologia analitică — Logoterapia — Terapia dialogului — Gestaltterapia — Terapia primară — Analiza tranzacțională

Traducerea conceptelor convenționale de boală în analiza diferențială — Adipositas — alcoolism — amețeală — angoasă — anorexia nervosa — astma bronchiale — cleptomanie — criminalitate — depresii — ejaculatio praecox — enurezia — exhibiționism — fetișism — fobii — frigiditate — homosexualitate — încăpățânare — infarct cardiac — ipohondrie — lenevie — manie — masturbare — narcisism — neglijență — nevroză obsesională — paranoia — probleme școlare — reacție isterică — reumatism — rivalitate între frați — schizofrenie — stres — tensiune — tulburări comportamentale la copii — ulcer intenstinal — ulcer stomacal — vârsta de mijloc

Index 409
Capacitățile actuale 409
Cercetări statistice 425

Bibliografie 428
Lista exemplelor de cazuri prezentate 434
Lista poveștilor (Mitologii-concepte-contraconcepte) 437

O încercare de sinteză

Paralel cu proliferarea continuă a psihoterapiilor — ce simplă era această lume când psihanaliza constituia singura formă de psihoterapie! — se înregistrează, ca o reacție firească, nevoia de sinteză a diferitelor orientări. Am cunoștință de câteva încercări de a îmbina psihanaliza și terapia cognitiv-comportamentală, cele două mari rivale ale momentului, dar nu și de vreo tentativă de a sintetiza, dacă nu toate psihoterapiile, cel puțin pe cele mai importante. Ignoranța mea a luat sfârșit când am întâlnit cartea profesorului Nossrat Peseschkian dedicată introducerii psihoterapiei pozitive.

Încercarea de reunificare a psihoterapiilor se sprijină pe un fundal foarte larg, cel al armonizării mentalităților occidentale cu cele orientale, un deziderat la ordinea zilei. Născut în orient (Iran), dar formându-se ca medic și psihoterapeut în Occident (Germania), autorul îmbină în chiar ființa sa și apoi în numeroasele sale cărți spiritul celor două jumătăți de lume. Nu este doar o alăturare și, prin aceasta, o împrietenire între cele două abordări diferite, ci și o încercare de întrepătrundere.

Acest spirit de sinteză (imposibilă?) a diferențelor poate fi regăsit în tot cuprinsul volumului. Inspirația fundamentală a psihoterapiei pozitive mi se pare a fi adleriană, în măsura în care efortul terapeutic este îndreptat în primul rând spre mobilizarea capacităților existente și a potențialităților de autoajutorare ale pacientului. Regăsim aici, mi se pare, ceva din optimismul robust al întemeietorului psihologiei individuale, conform căruia nu există situație umană cu adevărat compromisă, oricât de dificilă ar putea fi, dacă este asumată și se acționează pentru depășirea ei. Compensarea este cheia succesului unei asemenea întreprinderi temerare, în măsura în care, prin supracompensare, îi transformă pe bâlbâiți în oratori celebri (Demostene) și pe handicapații fizic în culturiști irezistibili (Steve Reeves). Mobilizând capacitățile native ale individului și potențialul său de autoajutorare, psihoterapia pozitivă pare a exploata la maxim virtuțile compensării.

Deși de orientare focalizată (asupra capacităților pacienților), psihoterapia pozitivă își propune să se intereseze de totalitatea persoanei pacientului, și nu doar de aspecte particulare legate de formarea conflictului patogen sau de simptom. Din același spirit holistic, care ne duce cu gândul la psihanaliză, derivă și caracterul neelitist al acestei forme de psihoterapie. Orice pacient, nu numai cei aparținând păturilor mijlocii, i se poate adresa, pentru că simplitatea eșafodajului teoretic o face accesibilă oricui. Și gama disfuncțiilor abordate este largă: de la tulburările nevrotice și psihosomatice la cele psihotice (schizofrenie).

Procedeele utilizate provin din terapiile individuale, dar și de grup, psihanaliză, terapie cognitiv-comportamentală etc. Ca „metateorie a psihoterapiilor“, psihoterapia pozitivă poate traduce în limbaj propriu conceptele diferitelor orientări psihoterapeutice tradiționale. Într-unul din capitolele finale ale cărții, cititorul găsește astfel de echivalări între termeni-cheie din terapia cognitiv-comportamentală, psihanaliză, psihologie individuală, analiză tranzacțională, logoterapie, Gestalt-terapie și psihoterapia pozitivă.

Ce psihoterapeut contemporan, oarecum constrâns să opteze pentru una dintre numeroasele orientări concurente, nu s-ar îndrepta cu dragă inimă spre acest adevărat Eden al psihoterapiilor care ar putea fi psihoterapia pozitivă? Sunt oare realizabile astfel de promisiuni mai mult decât îmbietoare? Judecata finală aparține doar cititorilor.

VASILE DEM. ZAMFIRESCU 18 noiembrie 2007

Prefața
din partea colaboratorului

În 1954 tatăl meu și Prof. Dr. Peseschkian și-au început studiile de medicină în Freiburg și în Mainz. De atunci sunt cei mai buni prieteni, iar tradiția prieteniei s-a transmis mai departe, la copiii lor.

Cu aproape 150 de ani în urmă, Baha'u'llah a apărut în Persia și s-a devotat elevării și educației oamenilor. El a proclamat unitatea omenirii și ne-a învățat că toți suntem creați de același Dumnezeu unic, iubitor și milostiv. El a promovat principii precum egalitatea bărbaților și a femeilor, abolirea prejudecăților, armonia dintre știință și religie și nevoia de educație universală. Cartea *Psihoterapie pozitivă* se inspiră și din spiritul generos al religiei Bahá'í.

Este a doua carte a profesorului Peseschkian, la a cărei publicare în limba română am onoarea să particip.

Dr. Wargha Enayati,
Director General Centrul Medical Unirea

Prefață la ediția „cartea de buzunar“

Obiceiurile vechi nu trebuie aruncate
pe fereastră dintr-o dată, ci însoțite până
la ușă precum un oaspete amabil.
PROVERB ORIENTAL

Demersul meu psihoterapeutic a continuat să se dezvolte și după apariția acestei cărți; s-a păstrat ca metodă în psihoterapie și a fost prezentat în cadrul mai multor congrese și în paginile mai multor reviste naționale și internaționale. Cercetările psihologice asupra psihoterapiei pozitive (chestionare, diferențiale semantice etc.), în măsura în care sunt deja întrebuințate, confirmă atât ideile mele teoretice, cât și pe cele demonstrate practic. O motivație pozitivă a constituit pentru mine reacția profesioniștilor și a revistelor de specialitate, dar și a cititorilor obișnuiți față de cărțile mele.

Conceptul de „pozitiv“ din cadrul psihoterapiei pozitive se referă la faptul că terapia nu este neapărat îndreptată spre înlăturarea unei anumite tulburări existente, ci că ea încearcă în primul rând să mobilizeze capacitățile aflate în individ și potențialul său de autoajutorare. „Pozitiv“ înseamnă, conform definiției sale originare („positum“): faptic, dat. Faptice și date nu sunt în mod necesar conflictele și tulburările, ci capacitățile pe care orice individ le posedă în sine însuși.

Se presupune că aproximativ 50% din toate bolile rămân în afara cadrului medical; așadar numai 50% din boli ajung în domeniul medical, fie în cel clinic, fie în afara sa. De consiliere și terapie beneficiază mulți dintre pacienți în cadrul așa-numitului sistem laic, cum este el denumit de către sociologii medicinei, așadar prin intermediul vecinilor, cunoscuților, rudelor, așa-numiții profani, dar și prin intermediul farmaciștilor, profesorilor, asistentelor, îngrijitorilor, cosmeticienelor etc.

În această carte sunt descrise principalele tulburări psihice și psihosomatice. Pe lângă acestea, sunt prezentate modelele de bază ale tratamentului psihoterapeutic al acestor tulburări. În sensul psihoterapiei pozitive, tratamentul nu se limitează doar la relația medic-pacient, ci el include strategii de autoajutorare și mijloace preventive de educare. Scopul este familiarizarea cu metodele practice ale medicului care nu deține o specializare terapeutică și mijlocirea abordării către profani a unei perspective diferențiale asupra bolilor psihice încărcate de prejudecăți. Fiecare grupă de teme abordate este completată printr-o poveste orientală interpretată critic, ca ajutor în înțelegerea problemei în cauză.

Psihoterapia pozitivă este descrisă ca o nouă formă de psihoterapie în baza mai multor metode, cazuri și exemple diferite. Trebuie arătată mai ales continuitatea relației dintre boală — cultură — familie — educație și psihoterapie.

Psihoterapia pozitivă nu se consideră o formă de terapie izolată, ci se află într-o strânsă legătură cu educarea persoanei de referință, cu autoajutorarea centrată asupra pacientului și cu psihoterapia centrată asupra terapeutului însuși. Sunt descrise noi modalități de psihoterapie, care sunt justificate nu numai din punct de vedere economic, ci care dețin o eficiență profundă și care se află la rândul lor într-o relație strânsă cu alte metode psihoterapeutice. Sunt discutate și comparate cu psihoterapia pozitivă direcțiile terapeutice cunoscute, precum psihanaliza, psihologia individuală, terapia comportamentală, logoterapia, analiza tranzacțională, psihologia analitică și psihoterapia de grup.

Pornind de la un model al etiologiei bolilor psihice și psihosomatice, este dezvoltat un model practic al demersului psihoterapeutic, și anume strategia terapeutică în cinci etape a psihoterapiei pozitive, fiind prezentate modificările suferite de aceasta în cadrul demersului de autoajutorare.

Pe lângă aceasta, sunt explicate legăturile dinamice dintre parteneriat, profesie și religie pe bază de exemple și cazuri, ulterior norme de comportament, precum relația cu propriul viitor și sensul vieții. Sunt prezentate atitudini și așteptări în domeniile „încredere“, „speranță“ și „credință“. Atât relația mamă-copil cât și cea tată-mamă-copil sunt prezentate ca având o importanță semnificativă pentru dezvoltarea capacităților umane. Relației individuale cu viitorul mai apropiat sau mai îndepărtat îi sunt comparate instituțiile, care pretind a mijloci conținuturi cu sensuri general valabile. Aceasta se referă la importanța bisericilor și a religiei sub aspectul dimensiunii temporale.

Le mulțumesc colegilor și pacienților mei pentru cunoștințele pe care mi le-au transmis în decursul practicii mele psihiatrice și psihoterapeutice. Cititorilor interesați de o descriere sistematică a psihoterapiei pozitive în cadrul terapiei de familie și al autoajutorării le-aș recomanda cărțile mele: „Terapia pozitivă a familiei“, „Psihoterapia vieții cotidiene“, „Negustorul și papagalul“ și „În cautarea sensului; Psihoterapia pașilor mărunți“.

Primăvara lui 1985 Nossrat Peseschkian

Prefață

Unirea punctelor de vedere orientale cu cele europene într-o psihoterapie eficientă, așa cum este ea descrisă de către autor, este foarte îmbucurătoare. În special parabolele scot în evidență, într-o formă simbolică atrăgătoare, înțelepciunea Orientului, în care cunoștințele simbolice sunt oferite într-o formă aparent foarte simplă. Autorul știe să își includă originea în psihoterapie. Deși categoriile sistemului său psihologic, ca de exemplu capacitățile de bază și capacitățile actuale, constituie cu siguranță numai una din multiplele concepții teoretice posibile, trebuie să conchidem din cele prezentate în carte că aceste concepte pot contribui la un tratament eficient. Firește că un asemenea sistem categorial, o asemenea metapsihologie, îi este mai degrabă de ajutor terapeutului, pentru propria clarificare și limpezire, decât pacientului. Pentru bolnav, care îl caută pe psihoterapeut pentru a fi ajutat, este până la urmă esențial dacă medicul sau psihologul este deschis față de el, dacă îl acceptă necondiționat, indiferent de tipul său de caracter.

Psihoterapia „analitico-diferențială“ a lui *Peseschkian* și poziția personală care transpare în carte îi creează cititorului impresia că are de-a face cu un psihoterapeut competent, cu o motivație deosebită. Deosebit de merituos este și faptul că, deși crescut într-o limbă străină, în Iran, autorul își poate exprima gândurile atât de remarcabil în limba germană. Îi urez autorului un succes deplin cu această carte.

Basel, ianuarie 1977

Prof. Dr. med. Raymond Battegay
Policlinica universitară de psihiatrie Basel

Dacă îi dai cuiva un pește,
Se hrănește o singură dată.
Dacă însă îl înveți să pescuiască,
Se va putea hrăni mereu.

Proverb oriental

Această carte le este dedicată părinților mei

Introducere

1. Ce este psihoterapia pozitivă?

Situația bolnavului — și nu numai a bolnavului psihic — se aseamănă în multe privințe cu cea a unui om care stă un timp îndelungat într-un singur picior. După o vreme îi amorțesc mușchii, piciorul pe care se sprijină greutatea începe să îl doară. El nu va mai fi în stare să își păstreze echilibrul. Și nu îl va durea numai piciorul, întreaga musculatură va începe, într-o asemenea poziție neobișnuită, să se tensioneze și să se crispeze. Apăsarea dureroasă va deveni de nesuportat, omul va striga după ajutor.

În această situație el întâlnește diferite persoane care vor dori să îl ajute.

În timp ce acel om va sta în continuare într-un singur picior, una dintre persoanele care dorește să îl ajute va începe să îi maseze piciorul împovărat și crispat. Un altul se va ocupa de porțiunea crispată a cefei și o va masa ca la carte. O a treia persoană va vedea că omul mai are puțin și își pierde echilibrul și îi va oferi brațul său drept sprijin. Cei din jur îl vor sfătui să se folosească de ambele mâini, astfel încât statul într-un singur picior să nu i se mai pară atât de dificil.

Un om bătrân și înțelept îi va sugera să se gândească cât de bine îi este de fapt, în comparație cu oamenii care nu au deloc picioare. Un altul va insista, rugându-l să își imagineze că este numai o pană, căci cu cât s-ar concentra mai intens, cu atât vor ceda mai repede durerile sale. Un bătrân cumpănit va adăuga cu bunăvoință: „Timpul le rezolvă pe toate“. În cele din urmă un privitor se va apropia de suferind și îl va întreba: „De ce stai într-un picior? Îndreaptă-l pe celălalt și lasă-te pe el. Ai totuși două picioare, nu unul singur“.

Exact aceasta este psihoterapia pozitivă.

Situația noastră actuală din psihoterapie determină dezvoltarea unor metode, care să fie atât economice, cât și eficiente. În acest proces nu

este vorba numai de adăugarea unor noi metode diversității imense de teorii, metode, concepte și procedee deja existente, ci se pune problema unei dezvoltări principiale: în timp ce multe dintre procedeele psihoterapeutice deja existente se bazează pe tulburări și boli, medicina și psihoterapia preventivă necesită un alt tip de abordare, care să aibă ca punct de plecare posibilitățile de dezvoltare și abilitățile omului, și nu tulburările sale. Dacă aceste abilități sunt reprimate, neglijate sau dezvoltate unilateral, apar situații de conflict, fie latente, fie manifeste.

2. Principiul N.A.D.

Psihoterapia tradițională și-a conturat imaginea despre om prin intermediul psihopatologiei. De aceea obiectul ei de studiu îl constituie bolile. Scopul unei terapii este să înlăture aceste boli într-o manieră asemănătoare celei în care este înlăturat, prin chirurgie, un organ bolnav. În această direcție se încadrează psihoterapia tradițională. Ea se ocupă de tratarea depresiilor, nevrozelor, schizofreniei, isteriei, angoaselor, agresiunilor, tulburărilor de comportament și îmbolnăvirilor psihosomatice, precum astmul, migrenele, durerile de inimă, de stomac sau de abdomen etc.

Corect! Un pacient caută terapeutul rareori numai pentru a-i confirma starea de sanătate, ci mai ales pentru că funcții și organe îi sunt dereglate, dorind să îndepărteze aceste tulburări. Pornind de la această premisă practică, medicina a dezvoltat N.A.D. (nothing abnormal detected), conform căruia tot ce nu e bolnav e sănătos și invers.

Psihoterapia care urmează acest principiu utilizează un model cognitiv folosit deja în filosofia orientală și grecească. Este vorba despre principiul nonic. Acesta semnifică definirea unui concept prin ceea ce nu este el; se descrie un lucru prin atribute negative, se neagă și se presupune astfel aspectul pozitiv. Această manieră de abordare a intrat în istorie: se povestește că Socrate a rugat un poet celebru să vorbească despre frumusețe. Acesta însă nu a vorbit, spre surprinderea audienței sale, despre frumusețe, ci despre opusul său, urâțenia. La întrebarea adresată de Socrate, de ce a ales să preamărească tocmai astfel frumusețea, fără a vorbi efectiv despre ea, poetul a răspuns: „Eu am descris urâțenia. Tot ceea ce nu este urâțenie este frumusețe“.

Acest principiu este întâlnit de asemenea și în cele Zece Porunci ale Vechiului Testament: Să nu furi; Să nu comiți adulter; Să nu ucizi etc. Chiar și descrierile și cerințele din viața de zi cu zi folosesc acest procedeu nonic. Mai rar se spune ce și cum trebuie făcut. Mai des auzi ce nu trebuie făcut.

Psihanaliza a plecat în metodologia sa științifică de la același principiu. S. Freud a formulat: „Mai întâi se studiază ceea ce este bolnav, pentru a se înțelege apoi ceea ce este normal“.

Prin aceasta, S. Freud se încadrează într-o lungă tradiție. Înaintea sa, filosoful Lichtenberg formulase deja: „Sentimentul sănătății se dobândește în primul rând prin boală.“ Recunoaștem și învățăm să prețuim starea dorită în primul rând prin confruntarea cu ceea ce nu trebuie să fie sau ceea ce ne pare mai puțin dezirabil. Se presupune tacit că trebuie să ai parte de necazuri înainte de a te deștepta: să ai un infarct, înainte de a te ocupa de propria sanătate; să treci printr-un divorț, înainte de a înțelege cu claritate valoarea căsniciei; să ai tulburări afective și comportament, înainte de a te preocupa de propriile nevoi și trebuințe.

Personalitatea umană este abordată pe această cale prin intermediul cunoașterii tulburărilor. Se încearcă definirea bietului om plin de conflicte prin intermediul unor concepte precum capacitate de rezistență împotriva regresiilor, libertate relativă a refulărilor, înclinație scăzută către ambivalență etc. Consecința este faptul că se va trata boala, și nu pacientul. Reprezentarea despre boală a fost împinsă ca un nor în fața pacientului; terapeutul percepe numai boala. Pacientul însuși învață: *Eu am dreptul la un terapeut numai datorită bolii mele.* Tulburarea capătă astfel o importanță și mai mare în mintea sa.

3. Cine este pacient?

În general se întreține imaginea conform căreia pacientul întruchipează boala, în timp ce medicul sau terapeutul reprezintă instituția sănătății. În acest proces este interpretat greșit atât rolul pacientului, cât și cel al medicului. În pacient se regăsesc atât predipoziția către boală, cât și către sănătate. Dimpotrivă, terapeutul deține o funcție reglatorie asupra bolii și sănătății pacientului. El poate atât să influențeze dispoziția pentru boală, cât și să o mobilizeze și să o stabilizeze pe cea pentru sănătate. Această misiune este scopul principal al unei medicini și psihoigiene preventive. Pe lângă chestiunea privind tehnica demersului terapeutic, devine importantă întrebarea referitoare la conținut, și anume după ce criterii este descris și prelucrat conflictul existent.

Psihoterapia pozitivă urmărește această chestiune; ea dorește să evite neînțelegerea clasică, și anume aceea de a vedea în pacient numai un purtător de simptome; ea și-a găsit în analiza diferențială o interpretare cuprinzătoare.

4. Scopurile analizei diferențiale

Analiza diferențială este o nouă formă de psihoterapie, care urmărește mai multe scopuri principale:

Analiza diferențială are un caracter universal. Ea nu abordează numai aspecte singulare, întâmplătoare în formarea conflictului, ci încearcă să înțeleagă pacientul într-un mod cât mai complex posibil. Astfel, trebuie acționat în primul rând împotriva prejudecății teoretice, conform căreia terapeutul regăsește în pacient exclusiv ceea ce a investit în el prin teoria sa. În sensul acestui concept, analiza diferențială include o mulțime de procedee, tehnici și mijloace de ajutor metodice, care țin seama de multiplele forme de manifestare ale tulburărilor și de unicitatea pacienților.

Noțiunile analizei diferențiale, mai ales cele ce privesc abilitățile actuale drept categorii de descriere ale comportamentului și trăirilor umane, nu sunt dependente nici de statutul social, nici de cultură. Ele formează o bază pentru comunicare, cu ajutorul căreia pot fi depășite eventualele bariere lingvistice. Analiza diferențială nu este deci numai o psihoterapie a păturii mijlocii, ci ea se potrivește și problemelor și dificultăților pacientului din pătura inferioară, care până acum a fost exclus din practica psihoterapeutică. Prin ea se conturează posibilitatea ca terapeutul să se poată adresa și pe înțelesul muncitorului și pacientul însuși să poată avea sentimentul că el și problemele sale vor fi înțelese de către terapeut. Așa poate contribui analiza diferențială la stimularea egalității de șanse, cel puțin în domeniul psihoterapiei.

Prin faptul că psihoterapia pozitivă se ocupă cu abilitățile umane elementare, ea este capabilă să se adreseze oamenilor din toate limbile și categoriile sociale și să prelucreze eficient problemele transculturale. Acest început presupune un răspuns la două întrebări de bază:

Prin ce se diferențiază oamenii?

Ce au toți oamenii în comun?

Din punct de vedere terapeutic, analiza diferențială propune o terapie de scurtă durată în cinci pași, care are ca element central activarea capacităților terapeutice din interiorul pacientului. Cu alte cuvinte: *Pacientul nu este numai victima bolii sale, ci este folosit chiar pe post de terapeut.*

În cazul psihiatriei și al pacienților grav bolnavi psihic, conceptul de analiză diferențială recomandă următoarea restructurare: spitalele de psihiatrie care funcționează parțial numai ca instituții de izolare ar trebui să fie transformate în locuri de consiliere, centre de terapie și clinici de zi, unde rudele pacienților să fie pregătite pentru funcția lor terapeutică și înșiși pacienții să fie pregătiți să colaboreze.

Psihoterapia pozitivă, care se bazează pe analiza diferențială, nu încearcă să judece totul atribuindu-i un semn pozitiv, ci ea presupune o diferențiere a comportamentului critic. Ea permite, întâi de toate, diferențierea părților de comportament neconflictuale sau pozitive față de simptomul real, oferind pacientului și mediului său ambient baza necesară pentru a se descurca mai bine cu problemele sale.

Analiza diferențială nu este numai o teorie printre multe altele. Dificultatea principală a multor pacienți nu este atât lipsa de motivație în căutarea unui psihoterapeut, cât nesiguranța în legătură cu tipul de psihoterapeut care se ocupă cu un anumit tip de tulburări. Această chestiune poate fi rezolvată doar în cadrul unui sistem mai complex, care să rezume numărul mare de orientări psihoterapeutice existente și care să se sprijine pe elementele lor centrale. Un asemenea sistem prezentăm noi prin analiza diferențială, care nu este numai o metodă psihoterapeutică, ci și o meta-teorie.

Din punctul de vedere al apariției și esenței ei, analiza diferențială are mai degrabă un caracter practic decât teoretic. Prioritatea mea a fost mai ales să înțeleg pacientul cu nevoile sale subiective și obiective, fără a pierde din vedere unicitatea sa. Analiza diferențială îndeplinește acest criteriu prin faptul că ea nu se bazează pe o singură tehnică, ci însumează o mulțime de tehnici psihoterapeutice diferite (de exemplu terapia individuală, terapia de grup, terapia familială, metode de relaxare, exerciții de învățare teoretică, procedee psihanalitice etc.). Nu pacientul este cel care trebuie să se adapteze unei metodologii prescrise întâmplător, ci invers: metodologia va fi aleasă conform necesităților psihoterapeutice ale pacientului. Flexibilitatea tehnică permite ca toate bolile și dereglările psihice și în sens mai larg psihosomatice să fie tratate.

Prin urmare, cartea are ca scop mai puțin prezentarea unei teorii perfecte, cât descrierea unui sistem terapeutic practic și adecvat nevoilor și capacităților umane.

O dorință pe care am urmărit-o prin intermediul acestei cărți a fost unirea înțelepciunilor și gândurilor intuitive ale Orientului cu noile descoperiri psihoterapeutice ale Occidentului. Nu numai contribuțiile marilor religii, contribuții importante din punct de vedere psihoterapeutic, ci și înțelepciunea filosofilor și oamenilor de știință orientali și vestici sunt aduse la lumină prin intermediul psihoterapiei pozitive. Astfel, noi am dorit să nu ne adresăm doar intelectului, ci și abilităților pentru intuiție și fantezie, pentru emoție și percepție afectivă, precum și aptitudinii de a învăța din experiențele tradiției.

Pentru a evidenția poveștile orientale din text, am ales un tip diferit de caractere. Studiile de caz sunt tipărite cu litere mici.

Eu însumi aparțin religiei Bahai. Anumite principii de bază ale acestei religii (fondată în 1844) m-au motivat și m-au determinat să îmi pun întrebări în multe domenii.

5. Cui îi este destinată cartea?

Un scop central al acestei cărți este să prezinte în mod sistematic și concentrat problemele și căile psihoterapiei analitico-diferențiale și propunerile ei pentru medicina psihosomatică și psihoigienă, și aceasta astfel încât să corespundă în aceeași măsură experienței de viață a profanului, dar și informațiilor și practicii persoanei de specialitate. Psihoterapia pozitivă se adresează tuturor acelora care sunt implicați, în orice fel, în domeniul sănătății: psihoterapeuți, doctori, psihiatri, psihologi, personal de îngrijire și autorități de sănătate. Pe lângă aceștia, cartea se adresează celor incluși în următoarele categorii: profesori, juriști, asistenți sociali, educatori, părinți, studenți, tineri și toți cei care nu închid ochii în fața problemelor privind relațiile interumane și sunt pregătiți să țină cont de propuneri și de un ajutor orientativ.

6. Cât de eficientă este terapia diferențială?

Psihoterapia analitico-diferențială este orientată focal. Cu alte cuvinte, noi ne îndreptăm atenția mai ales asupra capacităților pacienților și încercăm să mobilizăm tendințele de reintegrare existente într-o unitate corp-suflet-spirit-„om“. Aceasta se întâmplă printr-un plan de terapie în mai multe etape. Cu această metodologie am căpătat experiență în ceea ce privește conflictele de cuplu, problemele de educație, depresiile, fobiile, tulburările sexuale, schizofreniile, precum și bolile psihosomatice, ca de exemplu bolile gastrointestinale, cele de inimă și cele circulatorii, reumatice și astmul.

Succesul terapiei a demonstrat că, de regulă, deja după o scurtă perioadă de timp (6 până la 10 ședințe) a urmat o îmbunătățire vizibilă a bolii sau chiar o vindecare. Cercetările de control efectuate după un an au demonstrat în majoritatea cazurilor un succes durabil al terapiei.

Rezultate deosebit de favorabile au fost obținute în cazul tulburărilor nevrotice și psihosomatice. Astfel, psihoterapia analitico-diferențială s-a dovedit a fi o alternativă favorabilă pe lângă celelalte forme de terapie obișnuite.

7. Ce perspective are analiza diferențială?

Cu cât se recunoaște mai mult că tulburările psihice și psihosomatice sunt bazate, prin conținut, pe norme psihosociale relevante, cu atât mai mult analiza diferențială se instalează în conștiința mass-media și științei.

Dacă raportăm aceste idei la întregul domeniu al relațiilor sociale, căruia îi aparțin și relațiile dintre grupuri, popoare, națiuni și cercuri culturale, s-ar putea dezvolta cu mult curaj în cadrul psihoterapiei pozitive o teorie socială care să aducă în prim plan, pe lângă condițiile economice, atât dificultățile de interacțiune, cât și aptitudinile omului.

Analiza diferențială este practicată în cadrul grupului psihologic experimental Wiesbaden (GPEW), recunoscut de către Academia pentru formare medicală a Camerei Medicale Hessen. Le mulțumesc membrilor GPEW — doctori, psihologi, pedagogi și teologi — pentru contribuțiile și rapoartele despre experiențele avute în legătură cu modalitatea de procedură analitico-diferențială. Sper ca, în viitor, această discuție creativă să se extindă și mai mult.

În timp ce cartea mea, *Psihoterapia vieții cotidiene* (apărută la editura Fischer, Cartea de buzunar, nr. 1855) a scos în evidență mai mult probleme de educație și autoajutorare, *Psihoterapia pozitivă* pune în discuție mai ales interpretări psihoterapeutice, astfel încât, în cele din urmă, o carte o completează pe cealaltă.

Mulțumiri

Fără colaborarea și deschiderea pacienților, care și-au dat cu plăcere acordul pentru publicarea descrierii cazurilor lor, această carte nu ar fi fost niciodată realizată în forma în care este ea acum. Cu puține excepții, cazurile prezentate provin din propria mea experiență terapeutică individuală sau de grup. Desigur, numele și datele au fost schimbate, pentru a proteja anonimatul. Pentru a-și păstra originalitatea, relatările orale și scrise au fost în cea mai mare parte redate literal. Studiile de caz nu reprezintă un scop în sine, ci servesc mai degrabă unei mai bune înțelegeri a teoriei și a practicii analizei diferențiale.

O stimulare pozitivă a reprezentat pentru mine reacția persoanelor de specialitate și a cititorilor față de cartea *Psihoterapia vieții cotidiene*, care a apărut în primul rând datorită sprijinului generos și plin de înțelegere al domnului Stroh de la editura Medical Tribune, sub titlul *Umbre pe cadranul solar: Educație–Autoajutor–Psihoterapie*.

Înainte de toate doresc să îi numesc aici pe câțiva din cei care m-au motivat și m-au stimulat în dezvoltarea acestei teorii: Prof. Dr. R. Battegay (Basel), D-na Prof. Dr. L. Süllwold (Frankfurt/ M), Prof. Dr. med. G. Thomalske (Frankfurt/M), Prof. Dr. W. Kretschmer (Tübingen), Prof. Dr. med. M. Broglie (Wiesbaden), Prof. Dr. D. von Heymann (Freiburg/ Br.), Dr. med. D. Ruhe (Haifa), Prof. Dr. med. S. Goeppert (Freiburg/ Br), Prof. Dr. Benesch (Mainz), Dr. med. W. Cyran (Wiesbaden), Dr. med. Rheindorf (Frankfurt/M), Dr. med. Von Braunmühl (Frankfurt/M), Prof. Dr. med. Theopold (Frankfurt/M), Psih. E. Blumenthal (Immenstadt), Dr. rer. Pol. E. Schmidt (Leinfelden), Dr. med. H. Karl (Wiesbaden), Dipl. economist P. A. Mühlschlegel (Jugenheim), Dna G. Höhn, profesoară (Wiesbaden), D-na Ch. Kretschmer, profesoară la școala Montessori (München), E. Kocian, jurnalist medical (München), H. Mohl, redactor-șef al revistei de sănătate în cadrul ZDF, Dna Dr. Schulz-Bäsken (Wiesbaden), Dr. U. Schäfer, procuror (Heidelberg) și tuturor celor care m-au sprijinit în dezvoltarea psihoterapiei analitico-diferențiale prin discuții, sfaturi și interpelări.

Îi sunt foarte recunoscător colaboratorului meu, Psih. H. Deidenbach, pentru impulsurile sale critice și pentru indicațiile asupra terapiei comportamentale. Mulțumesc în mod deosebit editurii S. Fischer, în special lectorului cărții, Willi Köhler, care m-a încurajat permanent și care a contribuit mult la apariția acestei cărți.

Le mulțumesc secretarelor mele, Dna Krieger și Dna Kremer, pentru răbdarea, atenția și seriozitatea lor exemplare.

Este o plăcere pentru mine să îmi exprim recunoștința față de colaboratorul meu, Dl Psih. Dieter Schön, nu numai pentru munca preliminară depusă la manuscrisul cărții, ci și pentru ajutorul oferit în colaborarea noastră.

Soția mea Manije și fiii mei Hamid și Nawid m-au sprijinit în feluri te moduri, și-au reglat timpul după al meu și mi-au oferit impulsuri care și-au găsit forma în această carte.

Wiesbaden
Ianuarie 1977 Nossrat Peseschkian

1

Introducere în psihoterapia pozitivă

1. Labirintul psihoterapiei

Curioșii și elefantul

Un elefant a fost adus în timpul nopții, pentru o expoziție, într-o cameră întunecată. Oamenii au venit în număr mare. Pentru că era întuneric, vizitatorii nu puteau vedea elefantul, așa că au încercat să îi simtă forma pipăindu-l. Dat fiind că elefantul era mare, fiecare vizitator putea să atingă numai o parte din animal, descriindu-l după propriile impresii în urma atingerilor. Unul dintre vizitatori, care atinsese un picior al elefantului, a explicat că acesta ar fi precum o coloană puternică; un al doilea, care îi atinsese colții, a descris elefantul ca pe un obiect ascuțit; al treilea, care simțise urechea elefantului, a spus că elefantul era asemănător unui evantai; al patrulea, care îi mângâiase spinarea, a afirmat că animalul ar fi la fel de drept și plat precum un divan.

(după Mowlana, poet persan)

Situația actuală din psihoterapie, educație și psihoigienă se aseamănă în multe privințe cu această scenă: fiecare din vizitatori vede corect, dar nici unul nu vede tot. La fel cum unii părinți își doresc un copil cuminte, alții un copil silitor și isteț, alții unul care are nevoie de sprijin sufletesc. Preferința pentru anumite caracteristici se continuă în relațiile de cuplu. O femeie își alege partenerul în funcție de cât de mult succes are acesta; o alta își dorește un bărbat tandru și politicos. Un bărbat visează la o femeie ordonată, maternă, un altul la una pricepută în afaceri, independentă. Ei toți încearcă să își imagineze partenerul și să îl înțeleagă, însă fac acest lucru pornind de la caracteristici disparate. Omul este văzut adesea numai ca purtător al câtorva caracteristici, în loc să fie privit ca o personalitate.

Transpunând acest lucru în psihoterapie, avem următoarea situație: una din școli vede omul ca ființă dominată de instincte, alta ca pe un pachet de reflexe, următoarea îl înțelege ca pe un purtă-

tor de interacțiuni sociale, în timp ce altele bunăoară îl văd ca efect al înzestrării sale genetice, al tradiției sale, al intuiției, rațiunii, voinței sau inconștientului său. Rezultatul acestor perspective diferite este o pluralitate de teorii psihoterapeutice și psihoigienice, care se află una lângă cealaltă parțial fără vreo posibilitate de comunicare.

Această pluralitate se regăsește și în terapie. Unii terapeuți tratează în special cu ajutorul medicamentelor, în timp ce alții apelează la terapia comportamentală. În timp ce unii se bazează pe teoria psihanalitică, alții sunt orientați spre psihologia abisală, văd visele ca mijloc central al terapiei sau se folosesc de tehnicile hipnoterapiei.

O serie de psihoterapeuți pune accentul pe terapia individuală, favorizând această metodă și considerând orice îndepărtare de la acest principiu de bază o încălcare a regulilor psihoterapeutice recunoscute de către ei. Alții preferă terapia de grup.

Unii tratează copiii, alții părinții. Unii se specializează pe anumite tablouri clinice. Vindecă angoasa, sunt specialiști în tulburările de comunicare sau în dificultățile de cuplu. Sunt tratați cu preferință pacienții tineri, atrăgători, cu o inteligență ridicată, precum și oamenii care au învățat să-și formuleze bine prin limbaj trăirile.

Unele boli și tulburări sunt considerate apte de a fi tratate terapeutic, altele nu. Decizia în această privință nu este în nici un caz unanimă și nici nu este condiționată de tabloul clinic, ci pare să depindă într-o mare măsură de orientarea teoretică a fiecărui psihoterapeut. Astfel, unii terapeuți văd nevrozele obsesionale ca fiind dificil de diagnosticat, alții nu îi mai dau bolnavului nici o șansă sau nu găsesc nici o modalitate de rezolvare a disfuncțiilor sexuale. Schizofrenia și celelalte așa-numite „psihoze endogene“ sunt adesea ocolite.

Această specializare psihoterapeutică are, pentru pacient, efectul unui joc de noroc: cum altfel decât printr-o întâmplare poate pacientul, care el însuși nu a identificat încă în sine caracterul tulburării sale psihice și psihosomatice, să ajungă la psihoterapeutul potrivit, ale cărui metode și specificitate nu le cunoaște?

Psihoterapia devine astfel un privilegiu oferit acelora care se prezintă ca pacienți potriviți tocmai cu acele tulburări pentru care se consideră a fi competent un psihoterapeut. Între diferitele demersuri și sisteme teoretice se ridică adesea bariere bazate pe lipsa înțelegerii reciproce și a prejudecăților, care par să excludă transpunerea unei teorii într-alta și prin aceasta o distribuire coordonată a sarcinilor. Nu e de mirare că mulți terapeuți sunt nedumeriți în fața acestei pierderi a unității.

„Nu știu cui să mă adresez“

O pacientă suferea de mai mulți ani de angoase, dureri de stomac, de umeri și brațe, de cap, depresii și alergii. Ea se plângea: „Mă simt foarte agitată și crispată în interior, precum un arc încordat din cauza supraîntinderii. Mă străduiesc să îmi păstrez liniștea și calmul, dar nu reușesc. Sunt iritată, predispusă ușor la tristețe și de asemenea foarte răscolită în interior. Micile evenimente mă doboară complet. Suport foarte greu necazurile, în special la serviciu. În luna septembrie au apărut dureri de spate puternice. Am mai avut și înainte dureri, dar nu într-atât de rele. Masajul m-a ajutat numai temporar. Durerile m-au încurcat foarte tare, pentru că eu toată ziua trebuie fie să stau în picioare, fie să alerg dintr-o parte în alta. S-au răspândit până în pântece. La ortoped s-a diagnosticat o ușoară deviere a coloanei vertebrale, nimic deosebit. Nici la ginecolog nu a putut fi stabilită o cauză precisă. Ma simțeam folosită, încordată peste măsură și epuizată. Îmi era frică de băile termale. În a patra saptămână mi s-a făcut frică să mă duc acasă. Medicul nu a reușit nici atunci să stabilească o cauză organică, m-a sfătuit să fac gimnastică și mi-a dat calmante, recomandându-mi trainingul autogen… Am mers la o persoană care practica medicina fără a avea titlul academic de medic. Aceasta a realizat împreună cu mine o diagnoză a irisului. Nici nu am îndrăznit să îi povestesc medicului meu de familie despre acest lucru. La început m-am simțit cu adevărat ușurată. Dar apoi durerile mele au început din nou. Am fost trimisă la un neurolog. După ce au fost efectuate cercetările neurologice, nu a putut fi stabilită nici o cauză a unei eventuale boli. Pentru angoasa mea am primit calmante și medicamente care să o alunge. Acestea m-au ajutat cu adevărat. Eram foarte mulțumită. Dar odată ce medicamentele au fost sistate, am luat-o de la capăt cu vechea poveste. În prezent nu pot dormi, în ciuda somniferelor și a calmantelor. Mă simt complet nefericită. Acum, colac peste pupăză, s-a adăugat și probabilitatea de a-mi pierde locul de muncă. Chiar nu știu cui să mă adresez. Sunt bolnavă. Știu asta, dar nu știu cine este responsabil pentru boala mea. Acum sunt aici, în psihoterapie. Nu știu însă dacă mă aflu la locul potrivit.“ (Extras din primul interviu psihoterapeutic cu o pacientă în vârstă de 36 de ani)

Adesea medicul se află în fața problemei către care din specialiștii în domeniul psihoterapiei să îndrume un pacient care face parte dintr-o anumită grupă de vârstă cu un anumit tablou clinic. Cu atât mai greu îi va fi așadar pacientului să își asume o asemenea alegere. Câteodată aici intervine pura întâmplare, dacă sau la care dintre terapeuți ajunge până la urmă. Psihoterapia este divizată și structurată într-o serie de grupe profesionale. Această structurare

ascunde șanse și pericole, mai ales că nu este unul și același lucru, la care din tipurile de terapeut existente ajunge un pacient. Fiecare grupă profesională în parte preferă în general demersuri teoretice diferite privitoare la viziunea asupra lumii, folosind metode terapeutice diferite.

Cui trebuie să i te adresezi? Neurologului, psihiatrului, psihoterapeutului, psihanalistului, psihologului, terapeutului comportamentalist, pedagogului? Pentru a aduce puțină lumină în acest talmeș-balmeș, dorim să descriem în continuare cele mai importante direcții de specialitate din cadrul psihoterapiei.

Neurologul: El se ocupă cu tulburările, leziunile, deficitele și bolile sistemului nervos și ale nervilor. Ca tablou clinic găsim aici: paralizii, deficite de sensibilitate, tumori ale creierului, leziuni ale sistemului nervos central și ale nervilor periferici și boli precum sciatica și nevralgiile. Terapia se desfășoară mai ales prin intermediul medicamentelor, radiațiilor, practicilor electroterapeutice și fizioterapeutice.

Psihiatrul: Psihiatrul este medic, la fel ca și neurologul. Specializat în bolile și depresiile neuro-psihice, el se ocupă mai ales de așa-numitele schizofrenii, depresii „endogene“, psihopatii și de fenotipul psihic al tulburărilor neurologice. Acesta este și motivul pentru care în Germania psihiatrul are specializare și în neurologie. În cercul de pacienți al psihiatrului se află indivizi cu manii, halucinații, depresii și angoase. El tratează în mare măsură medicamentos, dar și prin dialog psihiatric și în anumite cazuri training autogen.

Psihoterapeutul: Psihoterapeutul e specializat în tulburările de natură sufletească. Aceste tulburări sunt bazate în special pe conflicte și evenimente psihice inconștiente. Se dovedește a fi important ca posibilele cauze sau simptome organice să fie clarificate în consultația psihoterapeutică. Psihoterapeutul este în general medic și psihiatru sau psiholog cu o formare suplimentară. La el vin pacienți suferind de tulburări psihice și psihosomatice. Tulburări psihice sunt: angoase, depresii, dureri, tulburări de comportament, de comunicare sau sexuale, inhibiții etc. Tulburările psihosomatice, adică tulburări care implică atât psihicul, cât și fizicul, se manifestă prin dureri de stomac sau de inimă, tulburări de circulație a sângelui, astm, migrene, insomnii, dureri reumatice, ginecologice, alergii, indigestii etc. Metodele de psihoterapie constau în mare parte în clarificarea conflictelor inconștiente, retrăirea și prelucrarea lor sau găsirea de soluții pentru ieșirea din conflict, cu ajutorul dialogului terapeutic.

Psihanalistul: În cadrul psihanalizei există un număr de metode diferite: psihanaliza după Sigmund Freud; psihologia abisală după C.G. Jung; psihologia individuală după A. Adler; logoterapia după V. Frankl etc. Psihanalistul este un psihoterapeut care s-a specializat în psihanaliza freudiană. Psihanalistul în formare învață într-o analiză aparte să își controleze procesele care se desfășoară între el și pacientul său (transfer și contra-transfer). El situează inconștientul în centrul terapiei sale și accentuează importanța evenimentelor din prima copilărie și a sexualității. Metoda sa este bazată pe asociațiile libere și pe interpretarea afirmațiilor preponderent spontane ale pacientului. Durata terapiei analitice include în medie între unul și patru ani.

Psihologul: Psihologul a studiat știința vieții și a comportamentului uman sub aspectul dezvoltării psihice „normale“. De altfel, el cunoaște tulburările importante ale psihicului uman și este specialist în testări. Cercetările sale în domeniul psihodiagnozei conferă vaste indicii obiective legate de structura de personalitate a unui individ, anumite abilități, performanțe și tulburări ale acestuia. Unii psihologi sunt formați ca psihologi clinicieni, desfășurând terapii în special în cadrul unui spital sau în mod privat. Activitatea psihologului se întinde de la psihologia muncii, a întreprinderii, a pieței, a transporturilor, pedagogică și diagnostică până la psihologia clinică. Se recomandă o strânsă colaborare între medic și psiholog, mai ales în ceea ce privește psihoterapia.

Psihologul comportamentalist: De regulă, el este fie medic, fie psiholog și încearcă să trateze tulburările de comportament conform teoriilor dezvoltării. Simptomul se află pentru el în prim-plan, acesta reprezentând însăși tulburarea. Unui pacient care suferă de angoase îi vor fi tratate sistematic aceste angoase. Problema cauzelor apariției lor este secundară. Terapeutul comportamentalist pleacă de la premisa că tulburările de comportament, bizareriile, angoasele, bâlbâielile, enurezia, ticurile sunt învățate după anumite legi și pot fi tratate corespunzător în demersul terapeutic prin aplicarea teoriilor învățării.

Pedagogul: Pedagogul are o formare specială în tratarea copiilor și a adulților. Conceptul său psihoterapeutic este orientat în direcția psihologiei abisale sau a psihanalizei. În prim-plan se află formele de terapie prin joc, cărora li se alătură din când în când interpretări ale comportamentului copiilor. În afara de aceasta, e folosit ca instrument și dialogul terapeutic. Și aici este dezirabilă o colaborare cu un medic de specialitate.

În fața acestui mare număr de direcții de specialitate în cadrul psihoterapiei, care folosesc metode de terapie specifice, este foarte mică probabilitatea ca un pacient să ajungă imediat în locul cu adevăărat potrivit lui. În medie durează până la șase ani pentru ca un pacient cu tulburări psihice și psihosomatice să își găsească în sfârșit un terapeut specializat. Și asta nu doar în cazurile izolate.

Rezumat: Conform raportului privind situația psihiatriei în Germania (1975), aproximativ fiecare al treilea cetățean a suferit o dată în viață sau suferă încă de o boală psihică. Conform acestui raport, în Germania sunt sau au fost afectați de boli psihice aproximativ 20 de milioane de oameni. 42 de milioane de oameni merg anual la un medic practicant, din aceștia între patru și opt milioane din cauza tulburărilor cu cauze psihice. Un milion necesită urgent o terapie psihiatrică sau psihoterapeutică. 600.000 de oameni merg anual la un neurolog sau la un psihoterapeut; 200.000 pacienți sunt internați anual în clinici neurologice. Câți pacienți sau potențiali pacienți rămân blocați în labirintul medico-psihologico-psihiatrico-psihoterapeutic și trebuie să renunțe la tratarea problemelor lor de către un specialist nu rezultă din cifrele prezentate mai sus. Lipsa de popularitate a bolilor psihice în domeniul sănătății publice nu e nici ea tocmai favorabilă. Întrebați dacă ar prefera să trateze mai degrabă un pacient cu dureri exclusiv fizice sau unul cu o boală preponderent de natură psihică, emoțională, majoritatea medicilor și a studenților la medicină chestionați s-au decis pentru bolile rezultate din cauze strict fizice (R. Depner, 1974).

În această privință, conform experienței mele, nu dezinteresul este motivul-cheie, ci nesiguranța ce pare să existe în general față de de bolile psihice și de metodele psihoterapeutice.

2. Sănătate — boală

Hakimul știe tot

Un om zăcea grav bolnav și părea că moartea nu se află tocmai departe. Soția sa chemă disperată un hakim, medicul satului. Hakimul ascultă și consultă peste o jumătate de oră bolnavul, îi luă pulsul, își puse capul pe pieptul său, îl întoarse pe burtă, pe spate și înapoi, îi ridică picioarele și apoi corpul, îi deschise ochii, se uită în gura sa și spuse apoi foarte convins și sigur: „Dragă doamnă, trebuie să vă aduc cu tristețe la cunoștință că soțul dumneavoastră e mort de două zile." În acel moment, bolnavul ridică îngrozit capul și suspină timid: „Nu, iubita mea, eu trăiesc încă!". Femeia îi dădu cu energie un pumn în cap bolnavului și spuse furioasă: „Taci din gură! Hakimul e medic, el este aici specialistul, deci el trebuie să știe mai bine." (Poveste persană)

Nu există puțin însărcinată

În activitatea mea psihoterapeutică întâlnesc adesea o anumită neînțelegere. Când cineva are dureri fizice, precum febra și durerile de cap, de stomac sau de inimă, e tratat cu mai multă grijă și considerație decât un om sănătos. Chiar și când el nu e total scutit de la îndeplinirea sarcinilor sociale, apare indulgența. Dacă însă cineva se poartă din perspectiva noastră „ciudat", altfel decât suntem obișnuiți, și neglijează până și „cele mai simple reguli de conduită", sunt imediat atinse granițele toleranței. Un om care se retrage dintr-o dată din mediul său obișnuit, dezvoltă angoase de neînțeles pentru alții, își devastează camera, bea alcool fără măsură sau își neglijează responsabilitățile nu este văzut în cele mai multe cazuri ca fiind bolnav. În loc de aceasta, se spune că este un aiurit, un ciudat, un leneș, un individ periculos pentru comunitate, și i se dă sfatul: revino-ți! Aproape de fiecare dată se încearcă o distanțare cât mai mare față de astfel de oameni. Spitalele de psihiatrie sunt, pe cât posibil, separate de comunitatea unui oraș. Se oferă aer curat și împrejurimi frumoase împreună cu izolare socială. Nu mai ai nici o legătură cu imaginile incomode și amenințătoare ale bolilor psihice și pe deasupra ai și conștiința împăcată. Această atitudine nu este caracteristică numai pentru cazurile extreme, ci și pentru abaterile de la normă și tulburările vieții cotidiene. Cu prea multă plăcere se dorește închiderea unui om care se poartă neconform așteptărilor și valorilor noastre într-un spital de nebuni, sau cel puțin îndepărtarea lui din comunitatea socială. Exemple se găsesc peste tot, în familii, în cartierele de blocuri, în școală, în întreprinderi.

Respingerea bolnavilor psihic nu este răspândită numai în rândul profanilor în ale medicinei; ea este întâlnită și în rândul personalului de îngrijire și al medicilor.

Diferența dintre bolile fizice și psihice are rădăcini mai adânci. În medicină există raporturi clare: ori primești un anumit diagnostic, ori nu; ori ești bolnav, ori ești sănătos. Fie se poate diagnostica o tuberculoză cu ajutorul unei radiografii, fie nu. Fie are un pacient diabet, fie nu. Fie o femeie este însărcinată, fie nu e, căci „un pic însărcinată" nu există. În psihologie și psihoterapie lucrurile stau diferit. Aici nu există decizia ori-ori, ci un număr mare de nuanțări graduale de la sănătos la bolnav. Fiecare dintre noi își are preferințele și slăbiciunile sale, astfel încât se poate spune, citând un mare psihiatru elvețian: „Fiecare are

nevroza sa“. Cu alte cuvinte, fiecare dintre noi are propriile sale probleme și conflicte. Când aceste conflicte ajung într-o situație deosebit de dificilă astfel încât te simți depășit, se poate întâmpla ca ele să devină baza unei boli.

Rezumat: Din cauză că în special simptomelor fizice li se atribuie caracter de boală, apare următoarea consecință: nu te simți bine, e comod să consulți în primul rând un medic. Rareori te gândești la un psihoterapeut, chiar în cazul tulburărilor psihice clare.

În psihoterapie noi nu putem face o diferențiere absolută între sănătate și boală. Sănătatea și boala se definesc aici mai puțin în baza constatărilor obiective, cât prin intermediul judecății subiective.

3. Nevroză și nevrotic

Semn sigur al prostiei

Un faghih, un profesor al vremurilor de demult, citea, în timp ce își pregătea lecția pe care o avea de predat a doua zi, dintr-o carte inteligentă, scrisă de șapte înțelepți, următoarea propoziție: „Un cap mic și o barbă mare sunt semne sigure pentru prostie.“ Foarte interesat, luă o oglindă și se privi mult timp în ea: „Am o barbă mare și albă“, își spuse el. Încordat, se uită în continuare în oglindă: „Să mă ferească Dumnezeu, capul meu nu este tocmai mare. Ce vor gândi despre mine elevii mei de mâine încolo, după ce le voi fi citit cuvântarea înțelepților?“ Nefericita întrepătrundere a caracteristicilor prostiei în persoana sa îl făcu să acționeze la fel de repede precum gândi: „În carte nu este scris nimic despre barba mică și capul mic ca semne ale prostiei“. Nu avea însă la îndemână nici o foarfecă, nici un brici, pentru a-și scurta barba. Așadar, faghihul apelă, în zelul său, la un sfeșnic, pentru a-și schimba lungimea bărbii. Precum o flamă se aprinse barba sa din cauza focului. Până să o poată stinge, barba îi era deja complet pârlită, pielea feței arsă din cauza focului și neagră de la funingine. Pentru că tot nu se putea arăta fără barbă și cu răni în fața altor oameni — cu atât mai mult în fața elevilor săi — avu timp suficient să mediteze. Lângă propoziția funestă: „Capul mic și barba mare sunt semne sigure pentru prostie“, scrise cu litere mari: „Această afirmație s-a dovedit a fi adevărată în practică.“ (Poveste persană)

Adesea, în limbajul uzual, starea de boală devine o jignire: „Nu este decât un nevrozat“. „La cum se poartă, nu poate fi decât schizofrenic“. „Nu vreau să am de-a face cu asemenea psihopați“. Astfel, tacit, are loc ceva, ce poate avea consecințe vaste asupra celui în cauză. Se generalizează un presupus tablou clinic și se pune semn de egalitate între simptom și personalitate. Se confundă „a avea o boală“ sau „a fi bolnav“ cu „a fi un bolnav“, „a te purta nevrotic“ cu „a fi nevrozat“.

„Doar un nemernic“

O femeie căsătorită răspândi următoarele cuvinte printre prietenele și rudele ei: „Soțul meu este un nemernic, nu mai vreau să am de-a face cu el“. Se îndepărtă de el din punct de vedere sexual și până la urmă intentă divorț. La o petrecere, soțul dansase, obraz lângă obraz, cu soția unuia din prietenii familiei. Pentru soția lui, acesta a fost un motiv suficient de puternic pentru a anula doisprezece ani de căsnicie relativ fericită și de a vedea în soțul ei doar un nemernic.

Și nu numai simptomele și trăsăturile sunt generalizate. Tocmai în domeniul științelor privitoare la comportamentul omului se înmulțesc neînțelegerile, de care nu sunt ferite nici psihologia, nici psihiatria, nici psihoterapia. Este vorba despre înclinația de a stabili relații între situații și fapte, fără să fi fost dovedită în prealabil veridicitatea acestor relații. O bărbie mare trece drept semn al energiei; o frunte lată drept semn al inteligenței; un defect de vorbire drept semn al înapoierii mintale; strungăreața drept semn al iscusinței în afaceri; mâinile fine drept semn al senzualității.

Rezumat: Transpusă în diagnoza psihiatrică, povestea orientală despre semnele sigure ale prostiei capătă o nouă însemnătate: indispoziția matinală, constipația și insomnia nu sunt întotdeauna simptome primare pentru o depresie „endogenă“. La fel de puțin putem diagnostica o obsesie numai în baza unor gânduri și idei ieșite din comun. „A auzi voci“ nu indică întotdeauna neapărat o schizofrenie. Diagnoza critică înseamnă mai mult decât aplicarea unor reguli de fier. Acest lucru este valabil în special în psihiatrie, psihologie și psihoterapie, căci de diagnozele lor depinde tratarea ulterioară a pacientului și, prin aceasta, soarta sa. Chiar și când o tulburare influențează durabil personalitatea, ea nu reduce omul la simptom. Există oameni cu simptome nevrotice, însă nu există nevrotici.

4. Vă aflați la locul potrivit?

Nu totul dintr-o dată

Un mullah, adică un predicator, intră într-o sală, pentru a ține o conferință. Sala era goală, singura persoană prezentă fiind un tânăr grăjdar, care stătea în

primul rând. Predicatorul îl întrebă pe grăjdar: „Nu este nimeni aici în afară de tine. După părerea ta, ar trebui să vorbesc sau nu?“ Acesta răspunse: „Domnule, eu sunt un om simplu. Nu înțeleg nimic din ceea ce predicați. Dar când intru într-un grajd și văd că toți caii au fugit și numai unul a rămas, eu îl voi hrăni totuși pe acela“. Predicatorului îi merseră la inimă aceste cuvinte și își începu predica. Vorbi mai bine de două ore. Apoi se simți foarte ușurat și fericit și dori să afle de la spectator în ce măsură îi plăcuse cuvântarea sa. El întrebă: „Ți-a plăcut predica mea?“. Grăjdarul răspunse: „Eu v-am spus deja că sunt un om simplu și că nu înțeleg prea multe. Dar când intru într-un grajd și văd că toți caii au fugit în afară de unul, eu îl voi hrăni pe acela. Nu îi voi da lui însă tot nutrețul“. (Poveste persană).

Tratarea bolnavilor psihici reprezintă în istoria umanității un capitol deosebit și, după părerea mea, foarte trist. Cu toată nesiguranța care guvernează acest domeniu, se găsesc totuși mereu indicii pentru faptul că relația cu bolnavii psihic depinde de orientările unei societăți într-o anumită perioadă de timp, cu privire la lume și la imaginea omului. Psihologia culturală a demonstrat că peste tot acolo unde nu este luată în calcul dimensiunea temporală, se ajunge la fixații și încercări nepotrivite de înfrângere a realității — în politică, știință și religie. Un exemplu elocvent ne oferă înainte de toate știința. Deși ea conduce de cele mai multe ori la noi descoperiri, aici pot fi întâlnite nu tocmai arareori fixații dogmatice, care se opun noilor descoperiri, în conformitate cu timpul lor. Câteva evenimente istorice stau mărturie:

Giordano Bruno a fost ars pe rug ca eretic în anul 1600 e.n., pentru că a afirmat, printre altele, că Pământul se învârtește în jurul Soarelui. Câțiva ani mai târziu *Galilei* a fost nevoit să renege descoperirea sa privind noua imagine a lumii.

Columb a fost luat în derâdere și batjocorit de către înțelepții timpului său care au stabilit dogmatic că dacă navele ar reuși să ajungă până la celălalt capăt al pământului, le-ar fi imposibil să se întoarcă.

Galvani, inițiator al științei electricității, a fost luat în derâdere de către colegii săi învățați și poreclit „profesor de dans pentru broaște“. *Harvey*, care a descoperit circulația sângelui, a fost umilit de către colegii săi, luându-i-se și postul de la catedră. Când Ignatius *Semmelweis* a descoperit lipsa igienei drept cauză pentru febra lăuziei și a pretins măsuri corespunzătoare în spitale la nașteri, a fost dușmănit de către colegii săi. După introducerea unor măsuri de igienă mai severe a scăzut vizibil rata de mortalitate a mamelor. Când *Stephenson* a descoperit locomotiva, matematicieni europeni cunoscuți ai timpului său au încercat ani întregi să demonstreze că mașinăria sa nu va putea trage niciodată o greutate pe șine netede, pentru că roțile s-ar roti fără să miște trenul înainte. *Darwin* a fost dușmănit pentru teoria sa despre apariția speciilor (Esslemont, 1963). *Mesmer*, care a cercetat magnetismul, relevându-i importanța în procesul hipnozei, a fost considerat un șarlatan. O soartă asemănătoare a avut și farmacistul francez *Coué*, când a introdus autosugestia printre metodele științifice. Când *Freud*, întemeietorul mișcării psihanalitice, a prezentat în fața comunității medicilor din Viena un caz de isterie masculină a fost respins într-o asemenea măsură, încât nu a mai vizitat niciodată acea comunitate.

Abordarea istorică a conceptului de boală ne indică faptul că atitudinile valabile azi cu privire la boli și oamenii bolnavi psihic nu sunt atât de firești, și prin aceasta atât de necesare, cum ni se poate părea la prima vedere. Pentru că formele de tratament în cazul tulburărilor psihice nu s-au schimbat numai în decursul istoriei, ci au beneficiat, în plus, și de tipuri de tratament specifice diferitelor grupuri geografice și sociale, se impune descrierea relației față de bolnavii psihic cu ajutorul modelelor. În urma cercetărilor în domeniul literaturii istorico-medicale și sociologico-medicale, am alcătuit următoarele modele: modelul divinizării, modelul demonilor, modelul păcătosului, modelul stigmatului, modelul genetic, modelul volitiv, modelul medical și modelul mediului înconjurător.

Modelul divinizării: În Grecia clasică, dar și în unele culturi indiene, bolnavul psihic era văzut ca un mediu divin; era divinizat. Comportamentul tulburat, stările de confuzie, pe care le întâlnim de exemplu în cadrul schizofreniei sau al bolilor epileptice, era văzut ca expresie a unei influențe imperceptibile divine. Dumnezeu sau un zeu l-ar transforma pe bolnav în purtătorul său de cuvânt, poate chiar în unealta sa. Aceasta explică poziția înălțătoare a bolnavilor psihic; ei stăteau în apropierea preoției și a celorlalte instituții religioase. Prezența lor era percepută de restul poporului drept o binecuvântare. O terapie, o schimbare a acestei imagini nu era posibilă în cadrul acestui model. Modelul divinizării se regăsește și astăzi în relațiile cu bolnavii, fără a mai avea o motivație principal religioasă. Acest model este cu adevărat vizibil în formele individuale de nevroze familiale, în cadrul cărora un membru al familiei devine exponent al simptomelor pentru întreaga problematică familială. Omului bolnav i se atribuie un rol special, asemănător divinității: devine deosebit, figură-cheie a grupului familial.

Modelul demonilor: Se spune în general că bolnavul este posedat de duhuri rele, demoni sau diavol. Forțele misterioase bântuie bolna-

vul și îl determină să dezvolte manifestări de comportament bizare, de neînțeles și amenințătoare. Această concepție a părut plauzibilă, deoarece, conform acestei imagini asupra lumii, peste tot există duhuri bune sau rele care acționează binecuvântând sau blestemând. Această perspectivă recomandă o terapie: individul neadaptat era exorcizat. Ca mijloc de exorcizare erau folosite incantații și rugăciuni. Pentru ca diavolul să părăsească trupul uman, au fost inventate diferite mijloace pentru a-l alunga sau momi. Chiar dacă oamenii se simțeau întotdeauna puțin neajutorați în acest proces, corpul era văzut ca un domiciliu permanent al diavolului, ceea ce determina aplicarea clismelor și a împachetărilor la rece. Și mirosurile dezgustătoare și muzica disonantă ajutau de asemenea la izgonirea diavolului. Erau folosite și mijloace mai violente de exorcizare: de la bătaie sau încătușare până la tortura sistematică.

Loviturile fizice aplicate în scopul exorcizării s-au păstrat, după toate aparențele, până în zilele noastre. Astăzi, domeniul exorcizării îl reprezintă printre altele căsătoria, relația și educația. Această paralelă nu pare incorectă, căci la fel de neajutorate cum se simțeau comunitățile altor timpuri față de bolile psihice, tot așa se simt și părinții și educatorii din zilele noastre față de manifestările de comportament demonice și amenințătoare ale copiilor lor. Pare că ei înșiși se apără, când își lovesc copiii, de ceva ce îi înfricoșează, neputându-i face față într-un alt mod. Se spune că terapiile de șoc ale psihiatriei, ca de exemplu electroșocul, care au fost la modă ani de-a rândul, erau legate de idei provenite din conținutul acestui model.

Modelul păcătosului: La baza sa stă concepția unui Dumnezeu răzbunător și drept, care menține ordinea dumnezeiască în viața oamenilor. Poruncile legate de această perspectivă reglementează relațiile interumane și stabilesc norme psihosociale general valabile. Un inventar al poruncilor, cum ar fi, de pildă, Decalogul, pretinde: abținerea de la agresivitate (politețe), sinceritate, supunere, fidelitate, credință etc. Alte texte de porunci divine cuprind prescripții legate de curățenie sau indicații privind comportamentul negustoresc (chibzuință, cumpătare, încredere). Și relația cu viitorul e stabilită într-un fel destul de detaliat (încredere, speranță etc.). Un asemenea model încurajează agresivități de comportament specific culturale. Adesea, se aude în Orient: „Mă rog la Dumnezeu să îți trimită o boală pentru aceste înșelăciuni (nesinceritate) ale tale, pe care nici un medic să nu o poată vindeca“. Conform altor concepții, copiii sunt pedepsiți pentru păcatele părinților până la a treia generație. În cele din urmă, modelul păcătosului are consecințe directe asupra perspectivelor mijloacelor terapeutice: pentru că nu se dorește acționarea împotriva voinței lui Dumnezeu, se renunță la intervențiile terapeutice. Bolnavul, în special bolnavul psihic, e privit și judecat în orice caz cu îndurare.

Modelul stigmatului: În vremurile creștinismului timpuriu, bolnavii erau priviți cu compasiune: erau considerați loviți de soartă, stigmatizați, purtând prin suferința lor coroana de spini a lui Cristos. Poate fi vorba aici de o identificare. Boala nu este ceva detestabil, ea reprezintă într-un fel o anumită îndurare. Și aici, suferința este din voința lui Dumnezeu. Bolnavul nu este chinuit, spre deosebire de modelul păcătosului și cel al demonilor, ci tolerat cu compasiune: „Sensul vieții este de a suporta suferința. Singura fericire acceptată este îndurarea suferinței sorții umane. Nu vreau să fug de această datorie“ (văduvă în vârstă de 48 de ani).

Modelul genetic: Modelul genetic are la bază experiența faptului că oamenii unei noi generații posedă caracteristici asemănătoare sau chiar identice cu ale generației precedente. Înainte, fenomenele legate de ereditate erau explicate cu ajutorul așa-numitei moșteniri genetice. Astăzi, cromozomii și genele sunt considerați purtători ai caracteristicilor genetice. Situația eredității caracteristicilor fizice variabile este transferată și în domeniul psihic. Se presupune că atât caracterul, cât și însușirile, precum ordinea, încrederea, lipsa de francheță și sinceritate, comportamentul, răbdarea, dar și inteligența se moștenesc. Chiar dacă teoria științifică a eredității aduce în discuție anumite legături cu domeniul psihicului, modelul genetic generalizat rămâne îndoielnic. Afirmația: „Minte de stinge, asta a moștenit-o de la tatăl său“, este mai mult decât o simplă constatare asupra anumitor calități morale, în cazul de față sinceritatea unui om. Mai degrabă, prin această afirmație se formează concepția conform căreia acest comportament este până la urmă inevitabil și imposibil de modificat. Aici, ereditatea este sinonimă cu destinul prestabilit, căruia nimeni nu i se poate împotrivi. Aceasta înseamnă două lucruri: rolul pe care îl poate juca un individ într-un grup este stabilit în funcție de comportamentul său presupus a fi determinat genetic. Schimbările de comportament nu sunt posibile, pentru că întotdeauna comportamentul moștenit va ieși la iveală. Astfel, educatorului îi este oferită imediat o scuză în cazul eșecului pedagogic: Cu acest material genetic nu se putea face nimic mai mult! Posibilitățile de terapie sunt foarte limitate din perspectiva acestui model; sunt preferate în general mai ales forme de terapie fizică.

Modelul volitiv: Acest model își are rădăcinile în iluminismul european. Omul devine măsura lucrurilor. El posedă libertatea de a deci-

de singur și de a transpune această decizie cu ajutorul voinței în realitate. Din punct de vedere psihologic, această concepție duce la idei asemănătoare: omul e liber să își hotărască, prin propriile-i forțe, singur soarta. El ar trebui chiar să fie capabil să iasă singur din mlaștina în care se scaldă. Această poziție, considerată de societate ca fiind una liberală, îi atribuie fiecăruia putere absolută, inclusiv puterea de a se simți liber, de a gândi liber și de a acționa ca un om liber. Pe această idee se bazează și ideologia „de la spălător de vase la milionar", conform căreia și cel mai sărac om poate să obțină tot ceea ce își dorește dacă posedă o voință destul de puternică și o imagine clară a scopului pe care își dorește să îl atingă. Sunt așezate în prim-plan scopurile externe. Scopurile interne, viața afectivă și emoțională, devin mijloace pentru atingerea țintei propuse. Conflictele psihice capătă deci o importanță de gradul al doilea; poți rezolva toate problemele dacă vrei cu adevărat. Refugiul în performanță și muncă servește menținerii conceptului însuși: ești puternic, nu mai ești slab și dependent, și această putere trebuie dovedită mai ales atunci când este roasă de dubii din interior. Problemele cu copiii sau cu partenerul de cuplu sunt deplasate către exterior, înspre profesie și activități care se află dincolo de sfera încărcată conflictual: „Cum pot eu, om de succes, să am probleme în căsnicie? Dacă reușesc să mă descurc cu angajații, de ce să nu reușesc acest lucru și în relația cu soția și copiii mei?" (director în vârstă de 38 de ani). Psihoterapeutul este considerat a fi inutil, până la urmă netrebuind decât să te aduni, pentru a-ți rezolva problemele. Astfel, este stimulată într-adevăr voința de vindecare a pacientului, funcțiile Eului putând dobândi o anumită stabilitate; foarte mulți pacienți se simt însă iremediabil depășiți în fața unei asemenea pretenții. Un exemplu este depresivul, care se simte copleșit și lipsit de orice inițiativă. Sfatul, conform căruia ar trebui să se adune, să nu renunțe, atinge în el exact locul cel mai dureros, căci el însuși pare să se istovească în această luptă. Mi s-a întâmplat să observ adesea pacienți depresivi care au trecut prin crize interioare profunde tocmai datorită unor asemenea sfaturi date de cunoscuți binevoitori.

Modelul medical: Modelul medical pleacă de la premisa existenței unei relații între cauze (interne) și simptome (externe). Terapia comportamentală afirmă că, dimpotrivă, o asemenea separare între simptom și cauza apariției sale nu este necesară în cazul bolilor psihice; vindecarea simptomului reprezintă vindecarea bolii. Critica noastră țintește într-o altă direcție: în relația dintre simptom și cauză apare ușor un scurtcircuit. Se ține cont de cauzele interne, fizice, neglijându-se condițiile apariției și dezvoltării bolii. Printre acestea, se numără factori psihosociali, obișnuințe alimentare sau diferitele concepții privind consumul de alcool, mișcarea fizică, nicotina, sănătatea și boala în general. Supărările la locul de muncă, certurile familiale, stresul permanent, eșecurile, deznădejdea și sentimentul inutilității trebuie văzute ca factori etiologici, care influențează evoluția bolii, modificându-i gradul de suferință. Cu alte cuvinte: pare a fi problematică încheierea unui proces diagnostic prin simpla diagnosticare a unui ulcer stomacal, când e clar că aceste dureri stomacale au apărut în urma unei necesități interioare puternice orientate către performanță și dovedirea acesteia în exterior. Consecința modelului medical în forma sa pură o reprezintă restrângerea limitelor diagnozei în perimetrul cauzelor interne, adică a celor fizice. Factorii care nu țin de această relație cauză-simptom sunt văzuți ca neaparținând medicinei și considerați o chestiune particulară a pacientului, conform cu modelul liberal, genetic sau cel al mediului înconjurător. Medicii și personalul specializat sunt răspunzători cu tratarea bolilor. Problemele și dificultățile de comportament aferente bolii rămân undeva suspendate. În general, sunt îngrijiți acei pacienți care au atins deja un grad îndeajuns de înalt în boala lor, medicina mulțumindu-se să-i ajute pe cei care au căzut deja în fântână.

Abia în ultimul timp au fost efectuate cercetări în medicina preventivă, psihoigienă, asistență medicală și autoajutor, cercetări care depășesc modelul medical limitat.

Modelul mediului înconjurător: Ia în considerare semnificația factorilor de mediu în detrimentul experiențelor evidente, dovedite științific. Orice comportament se află în legătură cu mediul extern. Nu există un comportament pur, care să ia naștere într-un vaccum social; și chiar dacă ar exista acest vacuum, el ar fi o anumită calitate a mediului. Cele mai simple acțiuni de căutare, atunci când ne este foame, de exemplu, sunt direcționate către un mediu extern, în care bănuim că există hrană. Chiar și sentimentul foamei presupune, în ciuda caracterului său psihologic, faptul că mediul i-a refuzat organismului hrana pentru o anumită perioadă de timp. Așa cum situația eredității legată de cromozomi și gene ca transmițători genetici a dus la concluzia că tot ceea ce ține de comportamentul uman izvorăște dintr-o predispoziție, tot așa se poate crede, având în vedere perspectiva că orice acțiune a noastră se află în legătură cu mediul extern, că mediul este „vinovat de tot și de toate". Omul este un produs al mediului său. Răspunzători pentru tulburări sunt, parțial, părinții: „Atâta timp cât trăiești cu părinții tăi, ești dependent de ei". „Îți va merge mai bine după ce vei fi devenit independent față de părinții tăi", „Nu mă mai poate ajuta nimeni, m-au distrus părinții".

Celălalt „țap ispășitor“ este societatea. În special în discuțiile politice, această temă devine adevărată muniție: „Distrugeți ceea ce vă distruge!“. Această perspectivă se referă la acele raporturi sociale percepute ca nedreptăți. Conform acestui punct de vedere, este pus la îndoială însuși scopul psihoterapiei: la ce îi folosește omului să se adapteze nedreptăților sociale existente, dacă nu sunt schimbate dinainte condițiile sociale? Este pusă în discuție terapia individuală: „Într-o societate anormală, este normal să fii anormal“. Însă psihoterapia se ocupă în esența ei de individ și de conflictele sale, care deși reflectă factori sociali, nu se lasă redusă la aceștia.

Rezumat: Omul a fost tratat dintotdeauna; ce s-a schimbat sunt numai formele și conținuturile tipurilor de tratament. Principiile psihoterapiei depind de o anumită imagine asupra omului, caracteristică unei anumite perioade istorice. În funcție de posibilitățile timpului, în funcție de problemele și modelele întâlnite s-au schimbat și modalitățile psihoterapeutice. Avem posibilitatea de a alege azi un model sau altul. Fiecare dintre aceste alternative are consecințele sale specifice. Ele sunt de cele mai multe ori într-un fel sau altul dependente cultural și situațional, determinând astfel conflictele și modalitățile lor de prelucrare. Așteptările privind rolul terapeutului se schimbă în funcție de trebuințele și necesitățile mediului înconjurător. Timpurile actuale au creat condiții care influențează dezvoltarea fiecărui om în parte, chiar dacă noi dorim să închidem ochii în fața acestei realități.

5. Caricaturi ale psihoterapiei

Cămila perfectă

Patru înțelepți trecură acum mulți ani cu o caravană prin deșertul Kawir. Seara ședeau împreună în jurul focului și vorbeau despre experiențele lor. Lăudau din toată inima acele cămile care îi uimiseră prin modestia lor, a căror putere o admirau și a căror răbdare umilă era pentru ei aproape de neînțeles. „Noi toți suntem maeștri ai penei“, vorbi unul din ei. „Să scriem sau să desenăm ceva în cinstea și lauda cămilei“. Cu aceste cuvinte, primul din ei luă un sul de pergament și plecă într-un cort luminat numai cu lămpi de ulei. După câteva minute, ieși și le arătă celor trei prieteni opera sa. Desenase o cămilă care tocmai se ridica din poziția de repaus. Cămila era atât de bine reprezentată, încât aproape ai fi zis că e vie. Următorul intră în cort și ieși apoi la scurt timp. El alcătui o caracterizare scurtă despre foloasele pe care le aduce o cămilă unei caravane. Cel de-al treilea scrise o poezie fermecătoare în care compara răbdarea cămilei cu cea a unei femei.

Apoi intră și cel de-al patrulea în cort și le interzise celorlalți să îl deranjeze în vreun fel. După câteva ore, când focul se stinsese de mult și tovarășii lui adormiseră, se mai puteau auzi încă din slab luminatul cort zgâriatul peniței și cântecul monoton. În ziua următoare, cei trei îl așteptară în zadar pe tovarășul lor, la fel și a doua și a treia zi. Precum peretele de stâncă închis în spatele lui Aladin, la fel îl ascundea cortul pe cel de-al patrulea înțelept. În sfârșit, în cea de-a cincea zi, intrarea în cort fu dată la o parte și cel mai silitor dintre cei silitori ieși — nedormit, cu cearcăne adânci și obrajii supți. Bărbia îi era încadrată de o barbă nerasă. Se apropie de ceilalți cu pași obosiți și cu asemenea expresie a feței, de ai fi zis că mâncase numai lămâi verzi. Dezgustat, aruncă o legătură cu suluri de pergament pe covor. Pe partea exterioară a primului sul era scris cu litere mari și late: „Cămila perfectă sau: Cum ar trebui să fie o cămilă...“ (Poveste orientală)

Făcând abstracție de activitatea psihoterapeuților profesioniști, găsim în toate celelalte forme de relații interumane momente asemănătoare psihoterapiei. Prin asemănător psihoterapiei înțelegem orice influență reciprocă între două persoane, care determină schimbarea comportamentului partenerului, direcționarea sa în sensul dorit sau protejarea sa față de consecințe neplăcute. Pentru că în general tulburările psihice nu își au originea în psihoterapia profesională, ci se dezvoltă în relațiile interpersonale, ne pare a fi necesară îndreptarea atenției către acei factori patogeni și terapeutici care acționează în viața socială. Acest aspect capătă importanță în special în ceea ce privește psihoterapia preventivă și psihoigiena. Posibilitățile instituției numite „psihoterapie“ sunt mult prea mici pentru a se putea renunța cu ușurință la luarea în considerare a acelor capacități psihoterapeutice care se află în afara instituției. Din numărul mare de feluri în care se prezintă psihoterapia neprofesionistă, noi am ales următoarele domenii: „psihoterapia populară“, „psihoterapia juridică“, „psihoterapia economică“, „psihoterapia astrologică“, „psihoterapia medicală“ și „psihoterapia științifică“. Dacă noi prezentăm aceste imagini pe post de caricaturi indică foarte clar faptul că ele au găsit prea puțină considerație în sistemul tradițional de sănătate. Poate reușim să atragem atenția asupra acelor capacități până acum neexploatate, dar foarte prețioase din punctul de vedere al psihoigienei, care pot fi folositoare pentru om din perspectivă psihoterapeutică.

Psihoterapia populară: „Adunați-vă“

Psihoterapia populară este, într-un sens strict, o „știință“ în sine, care conține un număr incomensurabil de diferite sisteme psihoterapeutice. De ea țin proverbele, gândurile intuitive, fabulele, poveștile, ca modele de rezolvare a conflictelor adaptate literar sau artistic. Proverbele și în-

țelepciunile populare îndeplinesc atât o funcție de ajutor în viață, cât și una de moto, precedând prelucrarea unor conflicte: „Adaptează-te în lume, căci capul tău este prea mic ca lumea să i se adapteze!“ Acest proverb te ajută să ajungi la un compromis cu Indigerabilul, însă în foarte puține cazuri este „digerat“ de către însăși persoana în cauză. Normele și valorile recunoscute într-o societate ca fiind corecte sunt de asemenea transmise prin zicale; ele apar în fabule, sunt redate prin exemple de intimidare sau sunt puse într-o lumină mai puțin severă:

„Numai lașii au nevoie de succes permanent.“ (*Hilty*)

„În două feluri poți reuși în viață: prin propria ta știință sau prin prostia celorlalți.“ (*La Bruyčre*)

Acest fel în care se prezintă psihoterapia populară face trimitere la o tradiție în care psihoterapia nu era încă văzută ca instituție, ci ca ajutor general în viață. Se referă în mare parte la o unitate de măsurare a valorilor recunoscute ca fiind valabile într-o societate, dorind să corecteze abaterile omului de la această imagine sau să-l „împace“ pe individ cu modelul acceptat de către comunitate. Într-o manieră asemănătoare acționează poveștile, basmele, fabulele, aforismele, filosofiile de viață, romanele și mitologiile.

Și arta poate fi văzută ca instituție morală — și în acest sens are cu siguranță și un rol psiho-socio-terapeutic. Ca artă descriptivă, ea încearcă să producă efecte catarctice în teatru prin identificarea cu eroii; potrivit unui alt concept, teatrul este folosit cu scop precis și didactic ca instrument al culturalizării sociale. Mai popular decât teatrul este filmul, în care sunt interpretate parțial situații ideale sau exemplare, e abordată agresivitatea sau se urmărește descărcarea prin scene comice. Muzica se află în imediata apropiere a trăirii guvernate de sentiment, căci ea generează efecte calmante, înviorătoare, neliniștitoare și, în anumite forme, care stimulează contactul între oameni.

În cadrul psihoterapiei populare sunt împărțite și sfaturi, în mare parte transpuneri ale propriilor dorințe, extrase din comoara propriilor experiențe:

> „Trebuie să te muți de acasă dacă vrei să îți meargă mai bine“, „Vei scăpa de această problemă după ce vei divorța“, „Vei vedea, dacă îți vei schimba meseria nu vei mai avea de ce să te plângi“, „Adună-te!“, „Ești totuși o fiică rațională!“ (apel la rațiune cu scopul de a obține supunere), „Simulezi și îți imaginezi numai aceste boli. Dă-ți puțin silința!“, „Ce vor spune oamenii?“, „Te asigur că vor veni vremuri mai bune“, „Dacă ai avea un partener, problemele s-ar rezolva de la sine“, „Nu mai visa, mai bine lucrează“, „Vezi greșit, nu există nici o problemă“, „Veți vedea, când veți avea copii, problemele voastre se vor rezolva de la sine.“

Elementele terapeutice din cadrul relațiilor interpersonale se exteriorizează adesea în moduri de comportament aproape deloc vizibile. Asculți o persoană care are probleme, o sfătuiești așa cum crezi tu că e bine, îi pui o mână pe umăr, încerci să o încurajezi. Sunt folosite expresii a căror semnificație terapeutică nu este conștientizată în cele mai multe cazuri:

> Ia-o ușor; Take it easy; Nu te mai îngrijora, trăiește pur și simplu; Nu mai fi așa sentimental; Capul sus; Nu te lăsa doborât; Nu-ți mai face atâtea griji; Ce va fi, va fi; Râsul e mai bun decât plânsul; Mult noroc; Îți țin pumnii etc.

Nu arareori întâlnim oameni, în cele mai multe cazuri adepți fanatici ai unor secte religioase, care văd religia ca pe un leac unic și exclusiv: „La ce îmi folosesc mie medicamentele și psihoterapia, doar mă rog la Dumnezeu. Ce se întâmplă în ciuda rugăciunilor mele este voința Lui.“ Ei se bizuie pe funcția terapeutică, pe drept recunoscută, a credinței, rugăciunii și meditației și uită că aceasta nu este decât o parte care determină soarta omului. Cealaltă parte este reprezentată de abilitatea de a cunoaște, de a acționa activ, de știință, cărora psihoterapia li se alătură într-o măsură importantă.

Rezumat: Oricât ar fi de corecte sfaturile date individual, ele sunt irosite degeaba, dacă sunt oferite persoanei nepotrivite. Odată cu influența crescândă a psihoterapiei de specialitate, și psihoterapia populară aplicată de către profani câștigă în importanță: multe persoane, în special oameni tineri, sunt în stare să vorbească mai liber despre problemele lor, și fac acest lucru și în grupuri, alături de persoane cu aceleași probleme ca și ei. Chiar dacă această formă de comunicare se termină adesea într-un soi de cerc închis al paraliziilor reciproce, ea indică faptul că există un potențial încă neexploatat atât în această formă cât și în altele ale psihoterapiei populare.

Psihoterapia juridică: „Odată și odată trebuie luată o hotărâre“

Un om nevinovat, condamnat la moarte, îl roagă pe judecător să mai verifice totuși încă o dată cazul său. „Jur pe Dumnezeu că sunt nevinovat. Vecinul meu invidios mi-a pus în cârcă această crimă, pentru care eu trebuie să plătesc acum cu capul.“ Judecătorul îl calmează: „Dar bunul meu, spune-mi, te rog, ce pot eu să fac acum pentru tine?“ „De ce mă întrebați pe mine?“, răspunde condamnatul. „Aduceți-l pe vecinul meu în instanță, întrebați-l pe el, și cercetați substratul faptelor.“ Judecătorul se gândi mai mult timp și până la urmă vorbi atât de binevoitor, de ai fi zis că tocmai băuse o carafă cu balsam: „Bunul meu, ceea ce ai

spus tu e inteligent și merită recunoștința mea. Cuvintele tale îmi merg la inimă și îți fac următoarea sugestie: ne facem întâi datoria și te executăm. Apoi, și asta ți-o promit eu, îl chemăm pe vecinul tău în instanță și verificăm toată această poveste până în cel mai mic detaliu." Îl privi apoi pe condamnat cu prietenie, îi ordonă călăului să îl execute și strigă cu voce tare: „Următorul caz, vă rog!" (Poveste persană).

Instanța răspunzătoare pentru conflictele umane nu este în mod tradițional psihoterapia, ci știința dreptului. Certurile, încălcările de lege și violarea normelor convenționale se poartă, sub protecția autoritară a statului, în jungla paragrafelor. Prin aceasta se generează aproape inevitabil o intersectare cu competențele psihoterapiei, firește cu scopuri diferite.

Cel mai clar exemplu pentru suprapunerile dintre știința dreptului și psihoterapie — sunt exceptate aici chestiunile presante privind aplicarea pedepselor — îl reprezintă aria divorțurilor: soțul și soția care au probleme de cuplu și care cred că aceste probleme nu mai pot fi rezolvate în nici un fel nu îl privesc pe psihoterapeut ca pe o persoană de specialitate, competentă. Pentru ei, această persoană este mai degrabă juristul, care transpune decizia subiectivă deja luată într-o formă legală validă. Acesta se străduiește astfel în felul său să rezolve problemele soților.

„Cât să tot aștepți?"

Un agent de asigurări în vârstă de 44 de ani, aflat în tratament psihoterapeutic din cauza unor tulburări de natură psihosomatică, înaintă o cerere de divorț. În decursul psihoterapiei, în care fuseseră discutate și problemele de căsnicie ale pacientului, el îl rugă pe avocatul său să îi retragă pentru moment cererea de divorț. Avocatul obiectă: „Doctorii cred că știu întotdeauna mai bine, ei întotdeauna îți spun să aștepți. Cât să tot aștepți? Odată și odată trebuie luată o hotărâre, și până la urmă suntem destul de maturi, încât să luăm singuri asemenea decizii."

Psihoterapeutul nu este nici avocat, nici judecător. Pe el nu îl interesează nici chestiunea vinei. În timp ce jurisdicția reprezintă normele recunoscute oficial sub forma legilor, psihoterapia renunță în mare parte la criterii de valoare absolută. Situația delapidării și a delictului de proprietate de exemplu este rezolvată prin anumite tipuri de comportament învățate în decursul vieții și prin evaluări privind sinceritatea, chibzuința, performanța și succesul, care până la urmă au dat naștere faptei pasibile de pedeapsă. Situația crimei sau a omuciderii capătă de asemenea o semnificație psihologică din perspectiva substratului motivelor faptei: crima din gelozie poate fi explicată așadar prin înțelegerea unui fond unde fidelitatea și onoarea erau puternic valorizate. Alte „delicte" se nasc chiar din trebuința accentuată, deși subiectivă, de a face dreptate. Normelor recunoscute social li se opun normele individuale și de grup, cu care intră în cel mai rău caz în conflict.

Rezumat: Psihoterapia încearcă să vadă orice situație ca fiind unică pentru individ, împreună cu simptomele și motivele individuale care îl determină pe un om să acționeze într-un anume fel. În locul pedepsei apare încercarea de a-l face conștient pe pacient în ceea ce privește conținuturile încărcate conflictual și astfel acestea să îi devină accesibile.

Rămâne de discutat dacă nu cumva tema comună a jurisdicției și a psihoterapiei — normele psihosociale și conflictele interumane — nu ar putea să determine o colaborare mai strânsă și intensă între cele două discipline.

Psihoterapia economică: „Întâi pâinea, apoi morala"

Pacientul care caută un cabinet psihoterapeutic nu este numai o ființă psihologică. El intră în psihoterapie cu probleme și greutăți din viața de zi cu zi. Aici un rol deosebit îl joacă dificultățile financiare și economice: fie că cineva are prea mulți bani și se simte astfel presat de posesiunea și de responsabilitățile aferente ei, fie că are prea puțini bani și lipsa lor îi cauzează greutăți. Psihoterapia pare a fi în această privință incapabilă, și asta din două motive: psihoterapeutul nu are diplomă nici în drept fiscal, nici în dreptate socială și nu va investi el însuși nimic. Mai mult, el chiar cere bani.

Demersul psihoterapeutic începe în realitate în primul rând acolo unde greutățile duc la prelucrări conflictuale ale evenimentelor și unde din cauza acestor prelucrări deficitare este îngrădită vizibil libertatea de acțiune a omuluiAcest lucru este valabil atât pentru omul de afaceri, care, din cauza unui faliment în afaceri, dorește să încheie socotelile și cu viața, cât și pentru muncitorul sau angajatul căruia, în urma pierderii locului de muncă și a intrării în șomaj, viața i se pare fără sens. O mare parte a problemelor financiare și economice își au într-adevăr cauzele în afara domeniului economic. Ele se bazează pe decizii și evaluări prealabile, care până la urmă trimit la un comportament normativ asimilat.

„Viitorul nesigur"

„Trebuie să muncesc atât de mult; trebuie să am grijă de viitorul copiilor mei" (om de afaceri în vârstă de 58 de ani, tată al unui băiat în vârstă de 30 de ani și al unei fete de 28 de ani).

Dacă acești pacienți ar fi tratați numai din perspectivă economică, li s-ar lua cu siguranță temporar de pe umeri câteva din greutăți; totuși, în multe cazuri, aceasta nu ar fi decât o terapie a simptomului.

Rezumat: Economia este utilizată mai ales în domeniul politicii ca leac universal. Investițiile financiare sunt folosite ca pretext pentru a arăta că s-a făcut tot ce era omenește posibil. Această atitudine se referă atât la administrarea resurselor din cadrul psihiatriei, psihoterapiei și dispunerea de ajutor social, cât și la cel economic. „Know-how"-ul financiar înlocuiește măsurile psihoigienice numai în cazul automatelor de schimbat valută.

Psihoterapia astrologică: „Stelele nu sunt favorabile."

În domeniul premedical s-a răspândit o concepție asupra vieții care dispunea de o tradiție îndelungată și de un viitor imprevizibil. Aceasta este astrologia, o artă care prezice soarta omului citită în stele. Domeniile de aplicabilitate ale acestei direcții sunt numeroase. Ele se întind de la horoscopul individual și consilierea matrimonială, în care se precizează că Săgetătorul nu este compatibil cu Scorpionul, până la relația cu propria soartă, de care ar fi răspunzătoare stelele. Funcția astrologiei este într-adevăr aceea de a simplifica viața. Responsabilitățile apăsătoare sunt aruncate în cârca stelelor, pe care într-adevăr acestea le pot purta mai ușor. Pe lângă aceasta, astrologia este și joc de societate. Forme ale relațiilor sociale, evenimente din trecut sau trăsături de caracter sunt întoarse de pe o parte pe cealaltă până ce se încadrează în prognoză. Ce rămâne este sentimentul plăcut de a fi descoperit cunoștințe noi despre sine însuși și de a-și fi găsit un loc solid în marea ordine cosmică, alături de stele.

Astrologia este folosită în mod subtil și ca vehicul de transmitere către individ a înțelepciunilor de viață, modalităților de rezolvare a conflictelor sau chiar a propriilor interese. Ajutorul și pericolul stau aproape unul lângă celălalt:

> O tânără femeie s-a opus până în ultimul moment operației iminente necesare în urma declanșării unei crize acute de apendicită. Ea explica neîncetat că trebuie să se mai aștepte cu operația. Stelele nu ar fi favorabile. Dacă chirurgul s-ar fi mulțumit cu această explicație și ar fi renunțat la operație, cu siguranță stelele ar fi fost și mai nefavorabile supraviețuirii.

Așa se poate întâmpla ca astrologia, dar și direcțiile spiritiste înrudite cu ea, să devină obstacol în calea terapiei de specialitate și să îi permită terapeutului să intervină abia când este prea târziu.

Rezumat: Cursul stelelor devine obiect al meditației, cursul lucrurilor devine numai consecință a acesteia. Intervenția în propria soartă pare absurdă din această perspectivă. Saadi, cunoscutul poet persan, care a trăit în jurul anului 1200 e.n., descrie problema astrologiei printr-o parabolă:

> Un astrolog veni într-o zi acasă și văzu un bărbat străin șezând pe divan alături de nevasta sa. Se enervă, îi insultă pe cei doi și făcu mare scandal. Un om înțelept, căruia îi fusese adus la cunoștință cazul, spuse: „Cum poți să știi tu ce soartă se pune la cale sus pe cer, când nu știi nici măcar ce se întâmplă în propria ta casă?"

Psihoterapia medicală: „Înjurăturile sunt dejecțiile sufletului"

Un derivat al psihoterapiei populare intuitive este psihoterapia medicală. Aceasta nu se referă la psihoterapia efectuată de către medic, ci la acele elemente psihoterapeutice populare care aparțin fiecărui tratament medical. În ciuda importanței fundamentale în special pentru relația medic-pacient, felul în care medicul practician stăpânește partea psihoterapeutică a profesiei sale este lăsat în grija unui al șaselea simț, flerului și experienței. Nu este de mirare că aici se nasc și se formează rapid proiecții, identificări, generalizări și clișee.

> Un medic specializat în medicina internă, care își dorise încă din copilărie un câine, îi recomandă unui pacient nervos, potențial depresiv, să își ia un câine. Un câine ar fi cea mai bună metodă, credea el, pentru a-și distrage gândurile de la greutățile sale.

Aici nu pacientul este cel care se identifică cu terapeutul, ci medicul însuși este cel care preia, cel puțin temporar, rolul pacientului, dând sfaturi, în numele medicinei, legate de ceea ce lui îi pare eficient din perspectiva propriei experiențe de viață sau a propriilor dorințe. Această pseudo-psihoterapie are în orice caz la bază intenția pozitivă de a ajuta pacientul. În același timp însă ea este și o expresie a neajutorării medicului, care nu posedă pentru aceste probleme medicamente sau metode adecvate. Și așa se ajunge inevitabil la bizarerii.

„A sta și a aștepta"

Un pacient care suferea de atacuri de panică și căruia nu i se putuse stabili nici o cauză organică a acestei manifestări, a fost sfătuit de către un psihiatru: „Când simțiți că se apropie un atac de panică, cel mai bine ar fi să vă așezați pe un scaun și să așteptați până când trece." Pacientul dezvoltase aceste angoase după ce tatăl său murise în urma unui accident de mașină.

„Mă simțeam îngrozitor“

Un cardiolog foarte competent îi dădu unui pacient, la despărțire, următorul sfat, de care, după propriile sale spuse, el însuși ținea seama de multă vreme: „Acum mulți ani am avut un pacient, care atunci când se enerva, se calma gândindu-se la Götz von Berlichingen. Nu mă veți crede poate, dar și mie îmi folosesc aceste cuvinte. Este un fel de moto al meu. Poate vă vor fi și dumneavoastră de folos.“ Pacientul se calmă spunând cuvintele: „Să mă pupi în fund“. În fața soției sale, care dezvoltase ea însăși o serie de tulburări psihosomatice și care se enerva regulat în legătură cu asemenea vorbe indecente, el se scuza spunând: „Înjurăturile sunt dejecțiile sufletului“. În decursul terapiei, după ce își depășise inhibițiile vizavi de asemenea cuvinte iritante, soția sa afirmă: „De fiecare dată când soțul meu spunea așa ceva, mă simțeam îngrozitor.“

Alte sfaturi date cu plăcere sunt: „Dezvoltați o doză de egoism sănătos“, „Impuneți-vă voința“, „Învățați să iertați“.

Totuși, medicul nu dispune numai de astfel de mijloace psihoterapeutice populare naturale. El apelează mai degrabă — în tot mai mare măsură — la „psihoterapia farmaceutică“, care îl face să tragă concluzia finală: „Dar avem medicamente, la ce bun un tratament psihoterapeutic“. Într-adevăr, medicamentul este un ajutor important și simplitatea utilizării sale de-a dreptul ispititoare: înghiți o pastilă sau o tabletă și în scurt timp nu mai ai nici o durere și nu te mai simți torturat de depresii și angoase. Medicamentele provoacă o senzație de ușurare temporară, însă nu pot opri, de cele mai multe ori, reapariția problemelor cu următoarea ocazie. Ajutorul indiscutabil pe care îl oferă devine însă pericol atunci când din cauza lor este zădărnicită o posibilă psihoterapie și implicit un tratament cauzal.

Rezumat: La fel cum pacienți diferiți reacționează în mod diferit față de un anumit medicament, nu poate exista nici un sfat care să posede valabilitate pentru toți oamenii, indiferent de deosebirile lor individuale.

Psihoterapia științifică: „Apoi mi-a îngăimat ceva despre sentimente de omnibus sau omnipotență!“

O neînțelegere împinsă la extrem o reprezintă „psihoterapia științifică“. Prin aceasta nu se dorește defăimarea celor care se ocupă de bazele științifice și de evoluția experimentală a psihoterapiei. Vorbim aici mai degrabă despre o caricatură, care din păcate nu este încă destul de slutită, astfel încât să nu își găsească loc în realitatea psihoterapeutică. Psihoterapia științifică, la care ne referim aici, s-a lepădat de pacienți,

trăind autosuficientă într-un turn de fildeș. Problemele cu care se ocupă ea sunt dictate în special prin intermediul interpelărilor teoretice. De cele mai multe ori ea este puțin preocupată de problemele și greutățile unui pacient în carne și oase. Chiar dacă o separare între cercetare și știința aplicată este inevitabilă, ea este totuși îndoielnică în psihoterapie atunci când teoria este împinsă în centrul atenției, iar pacientul rămâne suspendat undeva în afară.

Psihoterapia cu deficit teoretic, așa cum am cunoscut-o în variantele psihoterapiei populare, rămâne practic oarbă. Dimpotrivă, teoria fără practică este filosofie, și ei îi sunt devotați mulți psihoterapeuți. Ei luptă cu spada credinței în numele adevăratei învățături psihoterapeutice și al purității sale virginale. Câteodată pare că ea, psihoterapia științifică, își caută justificarea, în opoziție cu psihoterapia populară, în faptul că enunțurile sale au un grad mare de dificultate de înțelegere, rămânând accesibile numai inițiaților. Prin aceasta ea sprijină nevoile acelora care divinizează psihoterapia ca surogat pentru religie. În unele cazuri există o prăpastie adâncă între terapeutul care dorește să ofere știință și pacientul care așteaptă un tratament:

„Sentimente de Omnibus-omnipotență“

„I-am povestit despre problemele mele. Apoi el a dorit să știe câte ceva despre părinții mei, pentru că sunt un pic irascibil și-așa… Apoi mi-a povestit ceva despre Supra-Eu și despre un ideal, pe care eu mi-l fixez. Când m-a întrebat dacă educația mi se pare represivă, am încercat să înțeleg ce voia să spună. Mai târziu chiar nu mai aveam deloc chef și dintr-o dată mi-a spus că mă comport regresiv. Aproape că mi-am ieșit din pepeni. Am ajuns apoi să vorbim despre motoare (motociclete puternice), i-am vorbit cu entuziasm despre cai-putere, dar el nu s-a implicat în discuție. În loc de asta, mi-a îngăimat ceva legat de sentimente de omnibus sau omnipotență!“ (elev în vârstă de 18 ani, abuz de droguri, probleme generaționale).

Nu numai psihoterapia orientată analitic, din care a fost preluat acest exemplu, are de luptat cu problema propriei sale independențe științifice pe care trebuie să o câștige în relația cu pacientul. Și psihoterapeuții comportamentaliști și cei care practică psihologia abisală vorbesc despre dificultăți comparabile. Un terapeut comportamentalist se plângea:

„Veți fi desensibilizată sistematic“

„Acum puțin timp a venit la mine o pacientă, care mă făcu să mă îndoiesc de tot și de toate. Ori nu era ceva în regulă cu ea, ori cu mine. Din punct de vedere simptomatic, prezenta în mare parte fobii și depresii. Am încer-

cat să vorbesc cu ea în amănunt despre toate acestea. Ca să anticipez, nu a ieșit nimic din discuția noastră. Ea nu înțelegea nici cele mai simple principii teoretice ale învățării: stimul condiționat și necondiționat, reacție condiționată și necondiționată, stimul-reacție, generalizare a stimulilor și paradox nevrotic. I-am vorbit ca unui cal bolnav. Pur și simplu nu a înțeles aceste legături perfect clare. Și când am vrut în sfârșit să încep terapia și i-am spus că acum vom dori să realizăm o desensibilizare sistematică, ea a început, în mod complet de neînțeles pentru mine, să plângă."

„Cine are complexe?"

Un pacient care nu mai voia să audă nimic legat de psihoterapie explică foarte revoltat: „Complexe! Cică eu am complexe, cred că aiurează, când el însuși are complexe. Să mă scutească pe mine cu inferioritățile lui!"

Pretenția științifică pare să producă și acea imagine a unei terapii, căreia noi i-am dat numele de „psihoterapie psihologică", o imagine care se poate schița după cum urmează: un cap diagnostic foarte mare și diferențiat într-un grad foarte înalt, cu o coadă terapeutică relativ minusculă.

„Am nevoie de încă ceva timp"

„M-am dus la psiholog pentru că aveam probleme cu cel de-al doilea fiu al meu. Probleme la școală, dezordine totală acasă, încăpățânare și de ceva timp striga noaptea. Nu îmi puteam explica acest fenomen. Psihologul, căruia i-am explicat toate aceste lucruri, m-a ascultat răbdător. În sfârșit aveam cu adevărat ocazia să vorbesc despre problemele mele, și am profitat de ea. Apoi l-a trimis pe fiul meu la analize. După aceea, am stabilit o nouă dată pentru consultație. Psihologul mi-a spus că băiatul are o inteligență peste medie. Apoi a vorbit despre agresiuni reprimate, rivalitate față de tată și frate, despre faptul că îl educ într-un mod inconsecvent, ba tare, ba moale, și că trebuie să acord mai multă atenție nevoii de iubire a copilului meu, să îl mângâi sau să îl îmbrățișez câteodată. Voiam să îl mai întreb ceva în plus pe psiholog, dar timpul expirase, iar el mi-a întins mâna și a spus: „Acum știți despre ce e vorba." Cred că am nevoie de încă ceva timp să pricep toate aceste lucruri" (casnică în vârstă de 34 de ani, care a început consilierea terapeutică datorită dificultăților întâmpinate în educația fiului ei celui mai mic).

Rezumat: Misiunea prioritară a psihoterapiei este de a ajuta oamenii. Abia din această sarcină a sa rezultă pretenția unei teorii plauzibile, unitare și verificabile — nu invers.

6. Psihoterapia pozitivă

Umbre pe cadranul solar

Odinioară, un rege al Orientului dori să le facă o bucurie supușilor săi și le aduse acestora dintr-o călătorie un ceas solar. Cadoul său schimbă viața oamenilor din regat. Ei începură să diferențieze orele unei zile și să își împartă timpul. Deveniră mai punctuali, mai ordonați, mai de încredere și mai harnici și prin aceasta aduseră regatului bogăție și prosperitate. Când regele muri, supușii se gândiră cum să facă să îl răsplătească pentru meritele sale. Și pentru că ceasul solar reprezenta simbolul generozității regelui și cauza succesului cetățenilor, ei hotărâră să construiască în jurul ceasului un templu minunat cu o cupolă din aur. Totuși, când templul fu terminat și cupola se ridica peste ceasul solar, razele soarelui nu mai puteau ajunge la ceas. Umbra, care până atunci le arătase oamenilor timpul, dispăru, iar punctul de orientare comun, ceasul solar, era acum acoperit. Unii oameni nu mai erau punctuali, alții nu mai erau de încredere, ceilalți nu mai erau harnici. Fiecare merse pe drumul său. Regatul se prăbuși.

Fabula despre soare, ceasul solar și palatul fastuos întunecat poate fi raportată destul de bine la situația educației și a psihoterapiei. Fiecare om dispune de un anumit număr de capacități, pe care le dezvoltă de-a lungul maturizării și confruntării sale cu mediul extern. Din punctul de vedere al dezvoltării psihologice, aceasta se întâmplă în felul următor: părinții, cele mai importante prime persoane de referință cu mediul extern, dar și toate celelalte persoane de referință implicate în educație, pot sprijini sau frâna dezvoltarea capacităților copilului, pe care acesta le posedă la începutul vieții sale într-o formă slabă, delicată, nedezvoltată și lipsită de structură. Se întâmplă adesea ca dezvoltarea lor să fie împiedicată, precum în fabula noastră. Pentru a face din copil un om care să corespundă cu propria-i imagine, educatorul scoate în evidență anumite trăsături dezirabile din punct de vedere social. Ele sunt foarte stilizate în anumite cazuri și judecate dintr-o perspectivă unilaterală perfectă. În acest raport se dezvoltă și se diferențiază într-adevăr unele din capacitățile copilului, adesea se supraîncordează, pe când alte capacități sunt înăbușite și umbrite, exact ca minunea ceasului solar în templul maiestuos.

Noi toți suntem atinși într-o mai mică sau mai mare măsură de conflicte și probleme. Din aceasta rezultă o nevoie de aspecte și metode noi, care să fie atât eficiente, cât și practicabile. În timp ce multe din procedeele psihoterapeutice existente pornesc de la tulburări și boli, medicina și psihoterapia preventivă, profilactică necesită o altă manieră de abordare, în cadrul căreia să se pornească de la posibilitățile de

dezvoltare și de la capacitățile omului, și nu de la tulburările sale. Căci dacă aceste capacități sunt blocate în dezvoltarea lor, neglijate sau dezvoltate numai unilateral, atunci apar situațiile de conflict, fie într-o manieră ascunsă, fie într-una deschisă:

„De când eram copil am fost educat să fac performanță. Meseria pe care o am chiar îmi face plăcere, dar nu am deloc contact cu alți oameni. Nici cu copiii mei nu prea am legătură. Timpul liber este pentru mine un chin“ (avocat în vârstă de 42 de ani cu depresii).

Rezumat: Capacitățile înăbușite și dezvoltate unilateral sunt posibile surse ale conflictelor și tulburărilor din domeniul relațiilor interumane și al vieții psihice individuale. Ele se pot exterioriza prin angoase, agresivități, tulburări de comportament, depresii și ceea ce se numește cu un termen general tulburare psihosomatică. Deoarece conflictele apar în decursul dezvoltării omului în controversa sa cu mediul extern, nu înseamnă că ele sunt o condiție neapărat necesară și pe care să nu o poți ocoli, ci că ni se înfățișează ca probleme și sarcini pe care încercăm să le rezolvăm. Prin aceasta se clarifică o diferență foarte importantă: psihiatria și psihoterapia tradițională au ca punct de plecare tulburările, conflictele și bolile. Prin urmare, scopul tratamentului este vindecarea bolilor și înlăturarea tulburărilor. Aici însă se trece cu vederea peste faptul că nu tulburările sunt primare, ci capacitățile atinse în mod mijlocit sau nemijlocit de către aceste tulburări.

2

Introducere în analiza diferențială

Papagalul și sacul cu zahăr

Un negustor și-a cumpărat din India un minunat papagal. Iubea pasărea și își petrecea tot timpul său liber cu ea. Ba așeza papagalul pe umăr, ba pe cap, și întotdeauna îl răsplătea cu bucăți de zahăr. Zahărul deveni pentru papagal dovada iubirii supreme a stăpânului său. Într-o seară, negustorul și papagalul erau singuri acasă. Negustorul spuse: „Dragul meu, este târziu și sunt obosit. Pentru că în seara aceasta nu e nimeni în afară de noi în casă, nu ar fi recomandabil să dormim amândoi. Nu suntem în siguranță aici, așadar supraveghează tu casa ca și cum ai fi polițist.“

Papagalul era numai ochi și urechi și se implică total în această sarcină. În curând, negustorul căzu într-un somn adânc și casa se cufundă într-o liniște profundă. Dintr-o dată, la un moment dat pe zidul casei se cățără iute un hoț cu ajutorul unei frânghii. Pășind pe vârfuri, intră în casă. Împachetă în saci și traiste tot ce era la vedere, mai puțin sacul cu zahăr, care scăpase privirilor sale. În final casa rămase goală: doar sacul cu zahăr, negustorul adormit și polițistul împănat, care urmărise cu atenție întreaga acțiune.

În dimineața următoare, când negustorul se trezi, văzu în jurul său golul. Nici un covor nu mai acoperea podeaua sau pereții. În zadar căută în camerele goale. „Întreaga mea avere a dispărut ca praful în vânt. Casa este acum goală precum palma mea. Unde sunt covoarele de mătase?“ suspina negustorul. „Fii liniștit, răspunse papagalul, sacul cu zahăr este încă aici.“ „Unde sunt bijuteriile?“ „Nu te enerva, sacul cu zahăr e încă aici.“ „Unde sunt obiectele de preț care îmi bucurau sufletul?“ „Liniștește-te, sacul cu zahăr e încă aici.“ „Cine a fost în casa noastră în timpul nopții?“ întrebă disperat negustorul. „Un bărbat a intrat, dar nu a durat prea mult până ce a plecat din nou de unde venise“, replică papagalul. „Crede-mă, îl asigură el pe negustor, nu a dispărut nici măcar un bob de zahăr. Tot ce mi-ai spus mi-a mers direct la inimă. Întreaga noapte nu am scăpat din ochi sacul cu zahăr. Pentru mine zahărul este cel mai de preț lucru, stăpâne! De unde era să știu ce prețuiești tu!“ (după P. Etessami, scriitoare persană).

Evoluția analizei diferențiale

O motivație importantă în demersul meu analitico-diferențial poate să fi fost faptul că mă găsesc într-o situație transculturală. Eu trăiesc ca persan (iranian) din 1954 în Europa. Aflându-mă în această situație, am devenit atent la faptul că multe tipuri de comportamente, obiceiuri și atitudini sunt evaluate adesea diferit în cercuri culturale diferite. De exemplu, politețea se definește altfel în Iran decât în Germania. Aceasta nu înseamnă că germanul sau iranianul ar fi din acest motiv mai nepoliticos, ci numai că ambele cercuri culturale își au propriile lor reprezentări privind politețea. O relativizare ce depinde de contextul cultural există într-un mod asemănător și în cazul celorlalte norme psihosociale curente. Problema străinilor, indiferent de perspectiva națională din care este văzută, capătă o nouă semnificație: Străinul nu este pur și simplu cel ce nu aparține propriei tale comunități, adică un „intrus“, ci, mai mult decât atât, el aduce cu sine trăsături, atitudini și tipuri de comportament care nu se suprapun total cu ideile valorizate de comunitatea-gazdă. Acest lucru se vede deja în micile obiceiuri considerate firești.

În Germania este valorizat motoul: „Se mănâncă tot ceea ce se pune pe masă“. A lăsa mâncare în farfurie din politețe, gest care înainte era prețuit, acum este considerat a fi nepotrivit. Aici mulți consideră politicos complimentul tacit făcut gospodinei și talentelor sale culinare prin a nu lăsa nimic în farfurie.

„Nu voiam să fiu nepoliticoasă“

O nemțoaică aflată în vizită în Iran se îmbolnăvi. Suferea de indigestie și se plângea: „Nu mai pot mânca nimic. Sunt aici de o săptămână. Aproape în fiecare zi am fost invitată la masă de către o altă familie. Gazdele mele au fost foarte drăguțe și m-au răsfățat cum au știut mai bine. Dar asta cu mâncarea m-a terminat. Cum terminam de mâncat tot din farfurie — mâncarea mirosea întotdeauna excelent — cum era umplută la loc. Pentru a nu părea nepoliticoasă, mâncam tot ce mi se punea în față. Dar apoi mi se oferea încă o porție. Acest lucru s-a întâmplat până când aproape că mi se făcu rău și dintr-un pur instinct de autoconservare nu am mai putut să țin cont de gazdele mele și am lăsat pur și simplu mâncarea în farfurie. Însă aveam conștiința încărcată, pentru că oamenii fuseseră așa de drăguți și de prietenoși cu mine.“

Vizitatoarea nu ar fi avut conștiința încărcată dacă ar fi știut că ceea ce a făcut la final, și anume să lase o parte din mâncare în farfurie, este considerat în Iran semn de purtare aleasă.

Asemenea întâmplări mi-au îndreptat atenția spre importanța normelor psihosociale în procesul de socializare și spre apariția conflictelor interumane și ale vieții psihice interne. Așa am descoperit, atât la pacienții orientali, cât și la cei europeni și americani, pornind de la psihoterapie, conflicte care, în baza naturii simptomelor lor, s-au dovedit a-și avea cauza într-o serie de patternuri comportamentale repetitive. Am încercat așadar să observ cu atenție aceste norme de comportament și să capăt o privire de ansamblu asupra acestor fenomene. Conceptele aflate în strânsă legătură au fost rezumate și până la urmă a fost alcătuit un inventar cu ajutorul căruia au fost descrise componentele de conținut ale principalelor domenii generatoare de conflicte. Ceea ce a fost prezentat ca având potențial conflictual și dimensiune evolutivă în sectorul educațional și psihoterapeutic s-a regăsit în domeniul moralei și religiei ca virtute în sens normativ.

Astfel, din normele de comportament și de atitudine relevante din punct de vedere psihoterapeutic, s-a dezvoltat Inventarul analitico-diferențial (IAD) ca sistem categorial relativ cuprinzător. Normele de comportament incluse în acest inventar au fost denumite de către mine *Capacități actuale*, un concept pe care îl consider necesar pentru că aceste norme îi sunt date omului în calitate de capacități de-a lungul dezvoltării sale; ele sunt dimensiuni evolutive, a căror conturare poate fi stimulată sau înăbușită prin influențe favorabile sau nefavorabile ale mediului extern. Ele sunt denumite capacități *actuale* pentru că sunt solicitate continuu în viața de zi cu zi în cele mai diferite moduri actuale posibile. Eu mi-am pus următoarele întrebări legate de normele psihosociale: Cum se ajunge la conflicte? Cum pot fi aceste conflicte descrise corespunzător? Ce se află în spatele simptomelor tulburărilor psihice și psihosomatice și al îngrădirilor relațiilor interumane, și cum pot fi aceste tulburări tratate corespunzător?

Ce înseamnă analiza diferențială? Analiza diferențială este o nouă formă de psihoterapie. Ea are o istorie scurtă, dar un trecut lung. Personal, m-am ocupat intensiv cu acest concept începând din 1968. Cu toate acestea, rădăcinile analizei diferențiale pot fi căutate mult mai devreme în timp, până în vremea școlilor psihoterapiei clasice, ba chiar până la ideile și concepțiile tradiționale ale Orientului și ale Occidentului.

Ce înseamnă așadar analiza diferențială? Să rămânem la cuvânt.

Diferențiere înseamnă deosebire, și este o capacitate umană care se dezvoltă atât din punct de vedere fizic, cât și psihic și social. Omul se dezvoltă în primul rând prin diferențierea sa fizică față de tot ceea ce îl înconjoară. Și în perioada de după naștere are loc în

continuare o diferențiere fizică. Mai vizibilă apare totuși o altă dimensiune evolutivă suplimentară. Ea se raportează la trăiri, la prelucrarea evenimentelor și la comportament. Pe de o parte, organele sau mecanismele de coordonare, precum sistemul nervos, devin mature din punct de vedere funcțional, în sens strict fizic. Pe de altă parte, capacitățile existente se dezvoltă într-un schimb reciproc continuu cu mediul extern. Dacă în perioada prenatală mediul extern social putea fi considerat secundar față de cel fizico-biologic, acum relațiile sociale sunt cele care ies în evidență. În mod corespunzător, diferențierea psihică și psihosocială ocupă și ea un loc proeminent. Pe lângă maturizarea fizică deja menționată, există două modalități diferențiale de bază în domeniul psihosocial: diferențierea emoțională și diferențierea percepției, științei și a capacității de performanță.

Copilul învață ceea ce este plăcut și neplăcut, și prin aceasta învață să diferențieze și între calitățile și caracteristicile mediului său înconjurător:

> Când un copil mic învață, de exemplu, ce este aceea o masă, trebuie să deosebească între diferite caracteristici ale mediului său înconjurător. Acestea se regăsesc într-o anumită formă într-un singur obiect: patru picioare și o scândură deasupra. Toate obiectele care dețin aceste caracteristici, fie că se află în debara sau în cameră, sunt considerate a fi mese. Un copil care a diferențiat și integrat în acest fel elementele constitutive poate să deosebească între mesele pe care nu le-a văzut niciodată înainte și celelalte obiecte care nu reprezintă mese. Această diferențiere se produce în cele din urmă și atunci când aceste obiecte care nu sunt mese prezintă caracteristici ale meselor, de exemplu faptul că au picioare și o scândură precum scaunele, sau sunt formate numai dintr-o scândură, sau au picioarele dispuse altfel, precum scările sau alte obiecte asemănătoare. Acest proces reduce complexitatea pe care mediul înconjurător o așază în calea omului, astfel încât el să îi poată face față. Aproape fiecare învățare abstractă este bazată pe deosebire/diferențiere și integrare. Așa învață un copil, pas cu pas, ce este aceea o masă, o sobă, când este voie să atingi o sobă și când nu.

Se poate presupune așadar ca trăirile din această perioadă și calitățile lor constituie un cadru de referință pentru întâmplările din perioada următoare: copilul învață să își diferențieze comportamentul social, adică ceea ce poate face și ce nu. Centrul de greutate al educației se află exact în acest aspect. Comunicarea dintre părinți și copil este limitată în mare parte de informații precum:

> Lasă asta; asta e murdar; fii cuminte; nu atinge asta; nu e încă vremea mesei; ești destul de mare ca să nu mai faci pe tine; mă așteptam la mai mult de la tine; du-te la tata; rămâi acolo până vin eu; nu veni prea târziu acasă; nu vreau să-ți mai văd prietenii prost crescuți pe aici; ai făcut bine ce ai făcut; ce copil deștept și cuminte am; dacă mă ajuți, mergem împreună în oraș; curăță asta; spală-te pe mâini înainte de masă; nu pune coatele pe masă; nu se vorbește cu gura plină; nu mai arunca banii pe fereastră etc.

E ușor de imaginat că aceste pretenții, laude, admonestări și insulte determină fondul educației. Copilul află ce este dezirabil și ce poate și trebuie să facă pentru a dobândi atenția persoanelor din jurul lui. Acest proces de diferențiere, care caracterizează socializarea, are importanță pe tot parcursul vieții și este supus în anumite condiții premiselor conflictuale.

Diferențierea devine însă importantă și dintr-un alt punct de vedere. Anume atunci când s-a ajuns deja la probleme și conflicte și când ideile și patternurile de comportament considerate până atunci firești sunt puse sub semnul întrebării. Aici un rol important îl joacă într-o mare măsură diferențele asimilate în trecut, care poate că nu sunt suficiente pentru situația prezentă.

Se poate ajunge așadar la un conflict, în cazul în care diferențele învățate până atunci nu mai satisfac cerințele prezentului sau pe cele ale viitorului:

> Un tânăr student, a cărui mamă îi făcuse până atunci curățenie în cameră, ale cărui probleme financiare fuseseră rezolvate întotdeauna tot de aceasta și care nu învățase să aibă singur grijă de el, avu mari dificultăți atunci când se mută în propriul său apartament, păstrând pretenția ca cei din jurul său să se poarte exact la fel cum o făcuse mama sa înainte.

Fiecare dintre acțiunile noastre conține grade diferite de diferențiere, care pot merge de la o nuanțare extrem de fină până la generalizarea totală:

> Atunci când completăm un cec, pentru a alege un exemplu foarte simplu, deja avem de-a face cu o anumită diferențiere în procesul de acțiune și în structurarea situației: în primul rând, trebuie să am caietul de cecuri și un pix la mine. Dacă nu știu unde le-am pus, am nevoie de timp pentru a le căuta. Trebuie să fiu în stare să calculez câți bani doresc să extrag din cont și cum trebuie completate înregistrările pe formular. Mai mult, trebuie să scriu citeț, să îmi cunosc numărul de cont, ba chiar să fiu la banca potrivită în timpul programului cu publicul. Trebuie să completez cecul în caietul

de cecuri, și în cele din urmă este absolut necesar să știu dacă acesta este acoperit. Se desfășoară o serie de funcții care se întrepătrund parțial precum verigile unui lanț. Tulburarea unei singure funcții poate deregla întregul proces și poate duce la consecințe care pot părea nepotrivite față de cauzele care le-au generat. Dezavantajele financiare, necesitatea de a te descurca fără bani pentru o perioadă mai lungă de timp, căutarea disperată a carnetului de cecuri, completarea din greșeală a unui cec în alb, neliniștea provocată de necompletarea datelor și în sfârșit închisoarea din cauza fraudei sunt toate efecte ce țin de capacitatea de diferențiere.

Rezumat: Toate aceste funcții au la bază capacitatea de diferențiere. Ele au obținut un anumit grad de diferențiere prin intermediul experiențelor de învățare. Intervenția terapeutică, indiferent de metoda individuală folosită, reprezintă în cele din urmă o încercare de a-i mijloci persoanei care o solicită o deosebire rafinată, potrivită cu situația sa, care să îi permită să se comporte în conformitate cu cerințele unei situații legate scopurilor sale. Nu în cele din urmă, la aceasta se referă conceptul de „analiză diferențială“.

Cum a apărut analiza diferențială? În timp ce, în general, în literatura psihoterapeutică, psihologică și pedagogică, sunt scoase în evidență legăturile funcționale și dinamice, noi am preluat misiunea de a analiza din punct de vedere sistematic și critic conținuturile educației, ale conflictelor interumane și ale vieții psihice interioare. Cu alte cuvinte: ne-am obișnuit să întrebăm *cum* se întâmplă ceva, ce funcții și relații se pun în legătură. *Ce* anume se întâmplă, adică ce conținuturi determină acel lucru, s-a aflat până acum la marginea interesului și atunci mai degrabă ca exemplu ales arbitrar.

În cazul prezentat mai sus, studentul ar avea, conform descrierii psihologiei abisale tradiționale, o legătură puternică mamă-fiu, care a determinat în el apariția unei poziții de așteptare pasive. Prin aceasta este descrisă, chiar dacă superficial, o structură dinamică. Totuși noi nu putem înțelege această situație suficient, dacă nu știm că această poziție de așteptare e îndreptată din punctul de vedere al conținutului către domeniile de comportament ale „ordinii“, „chibzuinței“ și „încrederii“. Abia astfel, atât prin descrierea *procesului conflictual* — reprezentat aici de consecințele relației mamă-fiu și de poziția de așteptare pasivă — cât și prin cea a *conținutului conflictual*, putem sesiza o situație conflictuală interumană sau intrapsihică a pacientului împreună cu premisele sale. Reținerea evidentă privind aspectul de conținut pare de înțeles, căci există prea multe modalități prin care poate fi descrisă o funcție psihică. Pentru imitare, identificare sau generalizare apare ca secundar

ceea ce este copiat. Într-adevăr, aceasta este cu adevărat o chestiune de ordin secundar într-o teorie descriptivă. Însă nu și pentru pacient. Dacă pentru el „punctualitatea“ are poate cea mai mare valoare interioară, atunci este important faptul că el este frustrat și descurajat continuu de către soția și colegii săi exact în *acest* domeniu. O provocare asemănătoare vizavi de „chibzuință“ nu ar avea poate nici un efect în cazul lui, căci, după cum se pare, acest domeniu nu constituie o mare problemă pentru el.

Prin aceasta nu putem să spunem: acest om are intoleranță la frustrare, așadar incapabil să suporte dezamăgiri, greutăți și eșecuri. Pentru a stabili problematica sa individuală, ar trebui, cel puțin din punct de vedere diagnostic, să diferențiem în felul următor: acest om este intolerant față de abaterile de la ideile sale și față de anumite persoane în ceea ce privește punctualitatea.

Din punct de vedere psihologic, această vizibilă neglijare a aspectului legat de conținut mai are și alte motive, dintre care unul se dovedește a fi deosebit de esențial. Când vorbești numai despre funcții, realizându-se astfel o descriere fascinant de clară, aproape matematic atrăgătoare și formală, îți poți permite să scrii la nesfârșit. Căci formele și structurile se schimbă mai puțin decât conținuturile, și tocmai de aceea acestea sunt privite cu mai multa virulență.

Însă din cauza acestui fapt, conținuturilor li se atribuie un alt cusur. În măsura în care ele sunt norme, sunt circumscrise domeniului eticii și moralei. Aceasta le face îndoielnice. Dimpotrivă, capacitățile actuale sunt modele de comportament existente în orice societate; dar nu ele însele, ci contururile lor relative caracterizează o societate. În acest fel descriem noi, apelând la multe exemple, norme de comportament dezirabile într-o societate industrială. Fiecare dintre noi își poate imagina cum se răsfrâng nepunctualitatea, nesinceritatea, dezordinea și lipsa de încredere în mediul de lucru. Nu capacitățile actuale sunt cauzele conflictelor, ci perspectiva unilaterală condiționată social și din punctul de vedere al istoriei individuale. Ceea ce este considerat a fi corect în societatea industrială nu înseamnă neapărat că este corect și pentru individ în sine. Într-adevăr, s-a răspândit tendința de a categorisi concepte precum curățenia, ordinea, punctualitatea, politețea, sinceritatea etc. ca fiind întru totul burgheze sau represive. Astfel încât nu mai îndrăznești azi aproape deloc să pronunți aceste cuvinte sau să le auzi, fără să recurgi imediat la mijloace de apărare. Totuși, aceste norme și tipurile de comportamente corespunzătoare lor există: fiecare le folosește și trăiește cu ele. În loc de a le da la o parte, sarcina noastră este de a ne ocupa de dezvoltarea lor, de condițiile, semnificațiile și consecințele lor.

Rezumat: În timp ce în literatura psihoterapeutică și pedagogică sunt în general luate în considerație numai legăturile funcționale și dinamice, noi ne ocupăm, din punct de vedere sistematic și critic, de conținuturile educației, de conflictele interumane și prin aceasta de psihoterapie. Pe lângă această istorie a originilor orientată spre o perspectivă practică, se mai poate vorbi de încă un considerent. În practica mea psihoterapeutică, am observat mereu că direcțiile psihoterapeutice individuale suferă de o anumită unilateralitate. Astfel, în aceste școli de terapie sunt folosite anumite concepte care descriu procesele psihice. Însă nu sunt subliniate îndeajuns componentele de conținut ale acestor procese. Nu contează numai ce procese psihodinamice au apărut, ci și care din conținuturi le-a dat acestor procese semnificația lor caracteristică.

Spre exemplu: Când S. Freud folosește conceptul de Supra-Eu, eu întreb: La ce categorii relevante din punctul de vedere al conținutului, al psihicului și al societății se referă; prin ce este completat Supra-Eul? Când Alfred Adler vorbește despre problematica auto-afirmării și despre sentimentele de inferioritate, eu întreb: La ce sfere ale comportamentului se raportează acest sentiment? În alte teorii psihoterapeutice pot fi gasite legături asemănătoare. Problema cauzelor legate de conținut și cea a condițiilor tulburărilor m-a adus imediat la capacitățile actuale, în baza cărora am creat Inventarul analitico-diferențial. O altă motivație a străduințelor noastre a fost trebuința și necesitatea conceperii unei psihoterapii centrate pe conflict, care să atingă un optim al economiei și al eficienței.

Capacitățile actuale

Forme diferite ale capacităților actuale

Ne-am obișnuit să considerăm conflictele interumane ca fiind ceva firesc, de care ne ocupăm numai atunci când se depășește o anumită limită. Ce se află sub această limită e ceva normal, credem noi. Prin intermediul acestei concepții noi nu observăm decât vârful aisbergului care, pentru a rămâne la această imagine, nici nu ar exista, dacă nu ar fi cel puțin tot atât de multă gheață sub apă. Transpus în domeniul conflictelor noastre, aceasta înseamnă că: ceea ce ne îmbolnăvește pe noi, motivele pentru care ne enervăm, ceea ce provoacă în noi sentimente de vinovăție, de angoasă, de agresivitate, rezultă dintr-o serie de conflicte aparent mai mici, de care noi în primă fază nici nu suntem conștienți. Și totuși ele sunt cele care ne pregătesc pentru conflictul cel mare, cel distructiv, cel care ne face să suferim cel mai mult, care ne tulbură viața și comportamentul spre exemplu în cazul unei nevroze. Pentru ca noi să ajungem în situația de a putea identifica asemenea conflicte, vom prezenta în continuare o selecție arbitrar alcătuită a „micilor“ situații problematice. Cu ele ne luptăm în fiecare zi, de când ne trezim până când mergem la culcare. Cu ele avem de-a face continuu de când ne-am născut.

Capacitățile actuale în familie și educație

Observarea disputelor dintre părinți și copil, dintre copii, precum și dintre copil și școală, reliefează o sumedenie de situații și conținuturi:

„Scoală-te odată, altfel întârzii. Singura dată când ai fost și tu punctual a fost când te-ai născut.“ (punctualitate, supunere)

„Când fiul meu trebuie să mă ajute, nu uită niciodată să menționeze că trebuie să-i spun „te rog“, în timp ce el uneori urlă din toți rărunchii: „Hei, tata..!“ (politețe)

„Igiena fizică este ca și până acum un chin pentru el. Abdomenul îi e acoperit de o eczemă, din cauză că nu se spală.“ (curățenie)

„În camera lui e mereu ordine. Însă înghesuie tot ce nu-i trebuie în dulap. Îmbracă haine noi, drăguțe, cu mare plăcere și cu fiecare ocazie povestește ce ar mai vrea să își cumpere. Totuși, adesea umblă cu cămașa scoasă afară din pantaloni, lucru care nu îl deranjează nici măcar atunci când iese în oraș.“ (ordine, chibzuință, politețe)

„Nu îmi spune că ai stat până acum la școală, că nu te cred.“ (sinceritate, hărnicie/performanță)

„Iar ai uitat jumătate din ce ți-am explicat“ (seriozitate)

„Iar ai invitat copiii fără să mă întrebi înainte?“ (supunere, contact)

„Sora ta și-a făcut curățenie în cameră într-un mod exemplar“ (ordine, model)

„Prietenul tău este un tânăr simpatic. Niciodată când intră în casă nu uită să spună bună ziua.“ (politețe, model)

„Prietena ta îmi face o impresie bună. Arată curată și îngrijită.“ (curățenie, model)

„Ce or să gândească oamenii despre noi, dacă umbli în halul ăsta?“ (curățenie, contact, politețe)

„Iar te-ai eschivat să mergi la biserică.“ (supunere, credință)

„Profesorul nostru ne-a promis până acum de patru ori că ne va răsplăti pentru munca depusă. De fiecare dată vine însă cu o altă scuză. Dacă el crede că e un model bun pentru noi, atunci se înșală de-a binelea“ (elev în vârstă de 12 ani, capacități actuale implicate: sinceritate, seriozitate, politețe, model, încredere, răbdare.)

Capacitățile actuale în relațiile interumane

Afirmațiile verbale, plângerile, rapoartele și povestirile spun uneori mai mult decât trădează structura lor de suprafață. Aici se regăsesc capacitățile actuale. Le folosim regulat și adesea acționăm în conformitate cu legile lor, care capătă valabilitate pentru noi, deși cel mai adesea nu suntem conștienți de ele. Următoarele afirmații sunt „perle" deosebit de vizibile, din categoria nenumăratelor afirmații asemănătoare surprinse în relațiile interumane și transculturale:

„Nu are nici un sens să cumperi ceva din această firmă. Sunt total dezamăgit. Relațiile cu publicul nu funcționează. Promit că vin, dar îi aștepți la nesfârșit" (punctualitate, seriozitate, încredere)

„Nu mai merg niciodată în acest restaurant. M-am enervat atât de tare. A durat aproape o oră până ce a venit mâncarea și când în sfârșit a venit, era rece. În schimb tacâmurile erau murdare. Punctul culminant a fost când am văzut nota de plată" (timp, punctualitate, răbdare, curățenie, chibzuință)

„Când am văzut că se făcuse prea târziu, m-am urcat în mașină și am apăsat cu forță pedala de accelerație. Tocmai atunci a trebuit să mă prindă radarul ăla idiot și să îmi ofere câteva fotografii drept amintire. Cât de furios am fost pe polițiști. Le-am și spus-o după ce m-au tras pe dreapta. Avocatul meu e de părere că nu trebuia să fac acest lucru" (punctualitate, timp, supunere, politețe, chibzuință)

„Ia uite ce individ ciudat! De patru zile poartă aceeași cămașă. Nu m-ar mira dacă nici nu s-ar spăla. E un tip tare curios. Și cum se poartă. M-aș simți penibil dacă s-ar așeza la masa noastră" (curățenie, politețe, prestigiu, încredere)

„E însurat cu meseria lui. Nu mai are timp nici pentru el nici pentru familia lui. O să aibă nevoie de ei cât va sta în sanatoriu să își revină" (hărnicie/performanță, timp)

„Nu mă mai duc acolo niciodată. Oamenii fură ca în codru, străzile arată ca un morman de gunoi. Am văzut bărbați care urinau pur și simplu pe zidul unei case, și chiar lângă se vindeau struguri. Se scuipa pe stradă. Nici nu mai vorbesc de trafic. Poliția noastră s-ar zăpăci complet într-o asemenea dezordine. Vă mai spun un singur lucru: orice, numai să nu cădeți în mâinile autorităților. Nu mai scăpați decât dacă le dați mită. Și lângă toată această sărăcie puteți vedea acolo adevărate palate" (sinceritate, curățenie, politețe, ordine, dreptate, încredere, răbdare).

„Totul s-a dat peste cap. Voiam să plecăm în concediu în străinătate. Soțul meu a uitat însă să își prelungească pașaportul. Acum stăm la graniță și nu putem să trecem" (punctualitate, ordine, speranță).

„Pot să renunț la prietenia cu acești oameni. Întâi ne promit luni întregi că ne invită la ei, apoi ne invită în sfârșit la cină. Ce ne oferă? Puțin salam, brânză și ceai. Pot face ce vor cu ele. După puțin timp, le-am zis că nu mă simt prea bine și apoi am plecat cât am putut de repede" (punctualitate, chibzuință, contact, timp, politețe, sinceritate).

„Bunele maniere sunt pentru el chestiune de noroc: când mănâncă supa, o soarbe. În timpul mesei bagă tacâmurile în castroane și după masă se scobește cu unghiile între dinți" (politețe, contact, curățenie)

„Ai citit ce s-a întâmplat? Un bărbat și-a ucis soția, pentru că l-a înșelat" (sinceritate, fidelitate, încredere, speranță)

„Tare aș vrea să știu pe ce iau funcționarii bani. De curând am așteptat la un minister. De fapt aveam nevoie doar de o informație. Dar funcționarul a vorbit la telefon în interes privat cel puțin un sfert de oră, timp în care eu am așteptat să termine. E o rușine pe ce se duc banii noștri de impozite" (sinceritate, politețe, chibzuință, răbdare, timp)

„Soția mea m-a ruinat. După ce am divorțat s-a dus direct la administrația financiară și le-a povestit celor de acolo ce taxe nu am plătit. Acum am un examinator contabil pe cap și pot să iau în considerare plata unei amenzi usturătoare. Așa o nemernică!" (sinceritate, chibzuință, dreptate, încredere, speranță).

Capacitățile actuale în viața profesională

Capacitățile actuale joacă un rol foarte important în viața noastră profesională. Civilizația noastră actuală este bazată pe forme tipice de manifestare a capacităților actuale, care garantează capacitatea lor funcțională: „Datele noastre privind comenzile trebuie respectate întru totul. Ne rezervăm dreptul de a anula comanda, dacă livrarea nu e efectuată până la data de 1 martie. Sunteți direct răspunzători pentru toate pierderile care survin în urma unei eventuale întârzieri a livrării" (punctualitate, precizie, chibzuință, performanță).

„Nu putem lua în calcul oferta dumneavoastră, căci prețurile pe care le propuneți sunt prea mari" (chibzuință, performanță).

„Slavă Domnului! În sfârșit am o secretară bună. Documentele sunt redactate curat și ordonat. Biroul arată super. Este o persoană foarte serioasă și știe să se poarte și cu clienții. Când aranjează ea ceva, chiar nu mai am nimic de comentat. Actele sunt corect îndosariate, nu ca la predecesoarele ei unde întotdeauna ramânea o parte din dosar în afară" (curățenie, ordine, seriozitate, politețe, contact, precizie, încredere).

„Accidentul s-a produs din cauză că roata și-a pierdut aderența pe șosea" (seriozitate, precizie, punctualitate, chibzuință, timp, încredere).

„V-aș rămâne îndatorat dacă mi-ați putea oferi câteva informații în legătură cu familia S. Familia dorește să se mute la etajul întâi al vilei mele cu două niveluri și v-a trecut pe dumneavoastră ca persoană de referință. V-aș fi recunoscător dacă ați putea să îmi spuneți dacă sunt chiriași liniștiți, care plătesc la timp chiria“ (politețe, încredere, chibzuință, punctualitate).

„Pur și simplu nu mai pot rămâne în această firmă. În primul rând salariul este mizerabil. În al doilea rând atmosfera din firmă este de nesuportat, și în al treilea rând cu mine nu le merge așa. Numai cine îl lingușește pe șef poate să ia în calcul o avansare în funcție. Vai de cel care îndrăznește să îl contrazică. În primul rând mă deranjează faptul că, după cum se pare, activitatea preferată a colegilor mei este bârfa. Excursia organizată de firmă anul trecut este și acum tema numărul unu de discuție. Se știe la perfecție cine s-a îmbătat, cine cu cine a flirtat și se șușotește cine cu cine s-a culcat după aceea“ (chibzuință, politețe, dreptate, sinceritate, fidelitate, sexualitate).

Capacitățile actuale în terapie

Fiecare practică terapeutică se bazează din punct de vedere al conținutului pe capacitățile actuale. Fie că e vorba despre un chirurg care se spală pe mâini cu multă atenție timp de cinci minute, fie că vorbim despre un medic care păstrează ordinea în dulapul său cu medicamente, astfel încât să nu fie nevoit să scotocească de fiecare dată printre ele atunci când are nevoie de unul anume. Aici sunt incluse și răspunsurile medicilor la scrisorile pe care le primesc, și disponibilitatea de a-și găsi timp pentru pacienți și răbdarea față de un pacient cu o gândire mai lentă. Pe de altă parte, pacienții vin la medic cu propriile lor modele de comportament și criterii de valoare, în primul rând ca parte a relației medic-pacient, în al doilea rând ca aspecte legate de conținut și ca manifestări ale simptomatologiei lor. Capacitățile actuale capătă ele însele caracteristici simptomatice și sunt domeniul în care se derulează tot ceea ce are legătură cu boala.

„Medicul meu s-a uitat strâmb la mine când a observat cât de murdar era bandajul meu. E atât de pedant. Și dacă întârzii două minute face scandal“ (curățenie, punctualitate, politețe, model, răbdare)

„Nu mai merg la acel medic, chiar dacă este cu siguranță o somitate în domeniu. Trebuie să aștepți ore întregi până ce îți vine rândul, și apoi consultația durează numai patru minute“ (punctualitate, timp, încredere, seriozitate)

„De ce nu ați început mai repede tratamentul? Dacă ați fi venit la timp, nu ar fi fost nevoie de această operație“ (timp, punctualitate, speranță)

Dintr-un raport terapeutic: „Studentul a făcut o impresie dezordonată: nu a venit la timp pentru primul interviu, a părut neîngrijit și neatent (…) Ca probleme, pacientul reclama lipsă de concentrare, dificultăți în învățare și conflicte de cuplu (…) Din cauza rezistențelor emoționale existente și a situației transferențiale conflictuale, o terapie analitică pare nepotrivită în cazul lui.“ Terapeutul prezintă, după toate aparențele, modele de comportament și așteptări anormale, care au produs apariția unui contratransfer intens (capacități actuale implicate: ordine, punctualitate, curățenie, contact, hărnicie/performanță, încredere).

„Pacienta prezenta și o obsesie din ce în ce mai accentuată legată de spălare și de curățenie“ (curățenie)

„Pentru ea ordinea era cel mai important lucru în viață. Mama ei trebuie să fi fost foarte energică, cu siguranță conștiincioasă și punând mare preț pe ordine“ (ordine, conștiinciozitate).

„Deja în primele 20 de ședințe s-a dovedit că pacientul a fost chinuit încă de mic de către mama sa, severă și dominatoare cu ordinea pedantă“ (ordine).

„În timp ce ea se simțea tratată de către părinți cu prea multă severitate, observa că aceștia erau mai indulgenți cu sora ei“ (hărnicie/performanță, supunere, dreptate).

„Pacienta se simțea după aceea întotdeauna neglijată. Apoi povesti un vis, în care apărea fostul ei prieten care prefera în locul ei o altă femeie“ (dreptate).

„Abia când învață să recunoască faptul că își reprimase total libidoul în identificarea cu părinții, care în principiu nu îl iubiseră niciodată, ci numai îl dresaseră, reuși încetul cu încetul să își revină“ (sexualitate, supunere, hărnicie/performanță).

„Pacienta nu avea absolut nici un contact cu nimeni în afara familiei“ (contact)

„Bărbatul în vârstă de 26 de ani, fiu al unui academician însemnat, ambițios și al unei mame anxioase, slabe, supraprotectoare, tradiționale, a intrat în clinica noastră în 1952, plângându-se că este depresiv și abătut și că a pierdut orice fel de relație cu oamenii din jur și cu Dumnezeu“ (contact, credință, hărnicie/performanță, tradiție)

„… Evoluție latentă cu blocaj general și lipsa oricărei percepții asupra sinelui. Începutul bolii (în cele mai multe cazuri în pubertatea târzie) se manifestă adesea numai prin eșec social, așa-numita „frângere în linia vieții“ (în această descriere a schizofreniei simplex după Spoerri este prezentată simptomatologia generală a capacităților actuale).

Rezumat: Un element esențial al analizei diferențiale îl constituie capacitățile actuale. Capacitățile actuale sunt factori eficienți în viața

individuală și în cea interumană. Ca atare, ele au efect în fiecare din noi. Noi nu introducem deci oricare concepte la modă, ci orientăm atenția asupra factorilor eficienți din punct de vedere psihosocial. Deși capacitățile actuale au existat și până acum la fel cum există și azi, ele nu au fost luate până în prezent în considerare în mod sistematic ca dimensiuni psihosociale.

Teoria analitico-diferențială

Poate fi stabilită într-adevăr o regulă pentru educație și psihoterapie, date fiind diferitele situații privind educația, feluritele condiții economice, nenumăratele povești de viață, individualitatea fiecăruia, specificitatea nevoilor individuale? De asemenea, există un număr mare de interese, de comunități, națiuni, rase și popoare care se diferențiază prin obiceiuri, gusturi, temperamente și morală, în aceeași măsură ca și gândurile, ideile și părerile fiecărui individ în parte. Nu trebuie în acest caz cumva ca educația și procesul de reeducare (psihoterapeutic), care se dorește valabilă pentru toți oamenii, sa devină un calapod, după care să fie toate celelalte construite? Pe de altă parte, diversitatea condițiilor sociale și individuale impulsionează conflictele sociale de foarte mare amploare. Aici apar următoarele întrebări esențiale:

1. *Prin ce se diferențiază oamenii unii de ceilalți?*
2. *Ce au toți oamenii în comun?*

La naștere, omul nu este precum o coală albă de hârtie, ci, pentru a rămâne la această imagine, una încă ilizibilă și indescifrabilă. Capacitățile sale — baza evoluției omului — necesită maturizarea și ajutorul favorabil al mediului extern. Totuși, conceptul capacităților își are problematica sa. Ele nu sunt observate până ce nu se exteriorizează în acțiuni — la fel cum nu observi o furnică neagră care stă pe o piatră neagră într-o noapte întunecată. Ea există însă și poate intra oricând în câmpul vizual, dacă sunt satisfăcute condițiile corespunzătoare. Fiecare om posedă asemenea capacități: dacă ele ajung să se contureze în decursul evoluției sale depinde de condițiile favorabile sau, dimpotrivă, nefavorabile, ale corpului, mediului extern și timpului. În relația cu instinctele, capacitățile depind mai mult de rezonanța cu mediul extern. În acest sens, formei sociale, convenționale îi corespunde acea capacitate a omului de a menține ordinea cu orice preț. Ordinea în sine este de neconceput fără capacitatea omului de a face ordine.

Dacă pornim de la cercetarea conflictelor interumane, dacă observăm judecățile de valoare atribuite Sinelui și celorlalți, dacă examinăm criteriile legate de educație și psihoterapie și dacă studiem condițiile

care duc la tulburările psihice și psihosomatice cunoscute, vom constata că în spatele acestor tulburări — întrucâtva ca structură abisală — se află o lipsă a diferențierii în privința propriilor modele de comportament, dar și ale celorlalți. În descrierea tulburărilor psihice și psihosomatice acest fapt este delimitat prin concepte precum surmenaj sau suprasolicitare. Spunând că în spatele tulburărilor se află suprasolicitări nu înseamnă că se subînțelege și felul lor. În general, sunt luate în considerare numai suprasolicitările de natură profesională. Există însă cu adevărat un spectru întreg de atitudini și modele de comportament care au devenit potențiale conflictuale, deci care generează tulburări psihice și psihosomatice. Aceste atitudini și modele de comportament sunt descrise printr-un inventar de norme psihosociale, care se evidențiază prin faptul că au efect atât ca dimensiuni evolutive, cât și ca potențiale conflictuale.

Este vorba despre: *punctualitate, curățenie, ordine, supunere, politețe, sinceritate, fidelitate, dreptate, hărnicie/performanță, chibzuință, seriozitate, precizie, conștiinciozitate*, precum și *dragoste, model, răbdare, timp, contact, sexualitate, încredere în sine și în ceilalți, speranță, credință, dubiu, certitudine, unitate*. Noi denumim aceste moduri de comportament capacități actuale.

Capacitățile actuale

Din punctul de vedere al conținutului, aceste norme psihologice reale se împart în două categorii de bază, pe care noi le-am denumit *capacități secundare* și *capacități primare*.

Capacitățile secundare sunt expresia capacității de cunoaștere și sunt bazate pe mijlocirea științei. În ele se oglindesc normele de acțiune ale grupului social din care face parte individul. Aceste capacități sunt: *punctualitatea, curățenia, ordinea, supunerea, politețea, sinceritatea, fidelitatea, dreptatea, hărnicia/performanța, economia, seriozitatea, precizia, conștiinciozitatea.*

Capacitățile secundare joacă un rol esențial în descrierile și evaluările din viața de zi cu zi și în aprecierea reciprocă a partenerului. Cel care consideră o altă persoană drăguță, simpatică, își justifică afirmația astfel:

„Este de treabă, cumsecade, te poți baza pe el“.

La polul opus se află: „Mi-e antipatic pentru că este o persoană neglijentă, nepunctuală, nedreaptă, nepoliticoasă, zgârcită și prea puțin harnică“.

La fel de obișnuite sunt și consecințele capacităților secundare în relația cu dispoziția și condiția fizică. Astfel, pedanteria, dezordinea, cu-

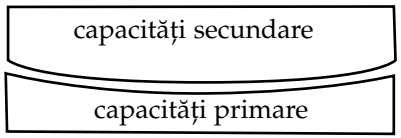
răţenia rituală, mizeria, pretenţiile exagerate asupra punctualităţii, nepunctualitatea, conştiinciozitatea forţată sau neseriozitatea pot conduce atât la conflicte sociale, cât şi la prelucrări psihice şi psihosomatice — precum angoase, manifestări agresive şi emulaţii — cu consecinţele lor în sfera psihică, în sistemul respirator, cardiac şi de circulaţie a sângelui, în aria gastrointestinală, în aparatul circulator, în sistemul nervos, în zona uro-genitală şi în cea dermatologică.

„Numai când mă gândesc la cât de nedrept este şeful meu şi deja încep să tremur şi mi se face rău. Apoi am dureri de cap şi de stomac“ (funcţionară în vârstă de 28 de ani cu tulburări psihosomatice).

Puternica rezonanţă afectivă în cazul tulburărilor legate de capacităţile secundare poate fi înţeleasă numai pe baza relaţiilor emoţionale. Expresia acestora o reprezintă capacităţile primare.

Capacităţile primare se referă la capacitatea de a iubi. Ele sunt legate în special de sfera emoţională şi se dezvoltă, ca şi capacităţile secundare, în special în relaţiile interumane, în cadrul cărora un rol substanţial îl joacă legătura cu persoanele de relaţie, în special cu mama şi cu tatăl. Capacităţile primare cuprind categorii precum *dragoste* (emoţionalitatea), *model, răbdare, timp, contact, sexualitate, încredere în sine şi în ceilalţi, speranţă, credinţă, dubiu, certitudine, unitate.*

Nu vorbim de capacităţi primare în sensul în care primar ar însemna mai important decât secundar. Mai degrabă, conceptul de „primar“ desemnează faptul că aceste capacităţi sunt apropiate de Eu, de domeniul emoţional. Ele constituie baza la care se raportează capacităţile secundare:



Din punctul de vedere al conţinutului, capacităţile primare se orientează pe experienţe avute în baza capacităţilor secundare.

„Nu mai am deloc încredere în soţul meu, căci este mereu neserios şi nepunctual…“

Capacităţile secundare îşi găsesc rezonanţa emoţională în baza capacităţilor primare. De exemplu, abia atunci când constatăm în noi înşine o relativă lipsă de răbdare începem să ne enervăm în legătură cu

nepunctualitatea. Enervarea în sine este la rândul său o expresie a emoţionalităţii. Un exemplu în acest sens îl constituie declaraţia unei paciente în vârstă de 35 de ani:

„Mă simt învinsă şi deprimată. Am angoase şi nu dorm nopţi la rând. Nu mă pot concentra. Viaţa mă dezgustă. Am vrut chiar să scap într-un fel de acest câmp de tensiune de nesuportat care este viaţa mea actuală… Aceste probleme au început acum aproximativ cinci luni, când am aflat că soţul meu m-a înşelat“.

„Când aflu că la şcoală se va da vreun extemporal, mă cuprinde o nelinişte interioară care durează până ce fiica mea, Renate (în vârstă de nouă ani), vine acasă cu nota. Dacă a obţinut o notă mare, neliniştea mea se risipeşte. Dacă însă rezultatul nu este satisfăcător, mă apucă adevărate dureri de inimă“ (mamă în vârstă de 32 de ani, trei copii, tulburări cardiace şi circulatorii).

Normele de comportament „hărnicie“ şi „succes“ sunt conţinuturi care joacă un anumit rol pentru mamă. Numai accentuarea deosebită a hărniciei şi a succesului nu reprezintă totuşi un motiv suficient pentru reacţia evident exagerată a acestei mame. În acest proces sunt implicate şi alte capacităţi, precum „încredere“ si „răbdare“. Lipsa de încredere faţă de copil nu trebuie să îşi aibă neapărat originea în relaţia mamă-copil. Ea poate fi mai degrabă bazată pe experienţele din propria educaţie şi pe propriile trăiri ale mamei. Aceste experienţe, transferate asupra copilului, generează un conflict deschis între mamă, copil, tată şi şcoală.

Fiecare capacitate actuală se poate manifesta printr-o scală largă de dispoziţii, care dau valenţă emoţională capacităţilor actuale.

O mamă care punea accent pe ordine, spunea disperată: „Aş prefera ca fiica mea de 17 ani, care de câteva săptămâni locuieşte într-o garsonieră împreună cu o prietenă, să fie însărcinată, decât să văd o asemenea dezordine. Garsoniera arată ca o cocină de porci.“

De altfel, capacităţile secundare şi primare posedă funcţia unei arme, a unui scut sau a unui subterfugiu:

„Nu îmi place soţul meu; nu îmi place să am contact sexual cu el, pentru că nu se spală cum trebuie şi lasă totul la nimereală. Mirosul corpului lui face să îmi dispară orice dorinţă“ (secretară în vârstă de 24 de ani, tulburări sexuale şi circulatorii).

Inventarul capacităților secundare și primare (Capacitățile actuale)

Capacități secundare	Capacități primare
Punctualitate	Iubire (emoționalitate)
Curățenie	Model
Ordine	Răbdare
Supunere	Timp
Politețe	Contact
Sinceritate/Francheță	Sexualitate
Fidelitate	Încredere
Dreptate	Încredere în sine
Hărnicie/Performanță	Speranță
Chibzuință	Credință/Religie
Seriozitate	Dubiu
Precizie	Certitudine
Conștiinciozitate	Unitate

Lista capacităților actuale poate continua, totuși, prin cele 13 capacități secundare și tot atâtea capacități primare (capacitățile actuale), ea conține acele arii de comportament întâlnite cel mai frecvent în relațiile interumane. Alte arii de comportament pot fi considerate nuanțări și combinări ale capacităților prezentate mai sus. *Veracitatea și onestitatea țin de sinceritate, prestigiul și succesul de hărnicie, sinceritatea în relația de cuplu e considerată fidelitate, în comunicarea socială: deschidere și francheță.*

Unele concepte sunt considerate în limbajul curent mai rar capacități în sens restrâns: *model, dubiu, certitudine și unitate*. Ele sunt parțial procese psihice, în care se manifestă capacități specifice, parțial apar ca rezultante ale acestor procese. Ca astfel de forme specifice de manifestare, ele pot fi incluse în categoria capacităților. În cazul lor nu putem vorbi de „factori puri, izolați", ei aflându-se într-o relație de interdependență internă.

Capacitățile actuale sunt norme de socializare care se dezvoltă în decursul istoriei individuale de viață și care pot fi învățate. În tot acest proces, ele dobândesc o semnificație individuală care delimitează înțelegerea convențională a capacităților actuale. De exemplu, deși fiecare dintre noi știe ce este ordinea, până la urmă fiecare îi atribuie sensuri și nuanțe diferite, raportând-o la situații diferite: ordine pedantă sau romantică. Însă există asemănări structurale între ele, în special în ceea ce privește semnificația psihologică. De exemplu, „politețea" poate fi

înțeleasă ca reprimare a agresivității și ca înăbușire a propriilor dorințe în favoarea dorințelor altora. Ea devine astfel instrumentul social prin care este asigurată atenția și aprecierea celorlalți și datorită căreia ești privit cu simpatie de către alte persoane. Dimpotrivă, „sinceritatea" funcționează în acest sens ca impunere a propriilor dorințe, față de care ești „sincer".

Semnificația psihologică a capacităților actuale este modificată de istoria individuală a omului, căpătând astfel o semnificație specifică. În timp ce o anumită persoană de referință prețuiește în mod deosebit hărnicia/performanța, o alta consideră deosebit de importantă ordinea, punctualitatea, politețea sau sinceritatea, spiritul de chibzuință, dreptatea etc. Totuși, capacitățile actuale nu sunt numai dimensiuni psihologice, limitate individual. Mai degrabă, ele pătrund atât în domeniul psihosomatic, cât și în cel social. Din punct de vedere psihosocial, ele sunt atât reguli de joc ale unei societăți, cât și ale comportamentului interuman.

Aceste informații au determinat chestionarea pacienților privind stările lor conflictuale legate de capacitățile actuale. De exemplu, în cazul depresiilor, noi nu punem întrebări numai legat de simptomatologia depresivă sau de conflictele-cheie constatate *aprioric*, ci și legat de domeniile comportamentale cu potențial conflictual. De exemplu, noi nu tematizăm în primul rând angoasa, ci seria de condiții care o generează. Să presupunem că o pacientă dezvoltă o angoasă de fiecare dată când e nevoită sa îl aștepte seara pe soțul ei. În acest caz angoasa e centrată din punctul de vedere al conținutului pe norma psihosocială „punctualitate". Nu este atunci evident că tocmai acest domeniu trebuie să fie prelucrat?

Rezumat: Capacitățile actuale reprezintă legăturile de conținut ale proceselor psihodinamice și ale modelelor noțiunilor psihoterapeutice. În acest sens, analiza diferențială nu se limitează la constatări generale, precum: o familie autoritară, relația de dependență față de părinți, tiranie, idolatrizare, educație severă, blândă sau ambivalentă. Ea nu vorbește numai despre conflicte ale stimei de sine, sentimente de inferioritate, fobii, depresii sau despre un Supra-Eu în mare măsură nedeterminat. Ea indică mai degrabă conținuturile concrete (capacitățile actuale) ale proceselor legate de stările sufletești interne și interumane.

Inventarul analitico-diferențial (prescurtat IAD)

Capacități actuale	Pacient	Partener	Afirmații spontane
Punctualitate			
Curățenie			
Ordine			
Supunere			
Politețe			
Sinceritate/Francheță			
Fidelitate			
Dreptate			
Hărnicie/Performanță			
Chibzuință			
Seriozitate/Precizie			
Dragoste			
Răbdare			
Timp			
Încredere/Speranță			
Contact			
Sex/Sexualitate			
Credință/Religie			

Indiciu: + gradat pozitiv
– gradat negativ

Este complet inventarul capacităților actuale?

Alcătuirea capacităților actuale în forma lor actuală a durat, pas cu pas, peste opt ani. În primul rând am devenit conștient de importanța psihoterapeutică a conceptelor de politețe și sinceritate. După

ce am fost sensibilizat de aceste două norme psihosociale, am putut constata din ce în ce mai mult în propriul meu comportament, în ceea ce experimentam în familia mea, în relațiile cu oamenii din jur și cu pacienții, norme importante din punct de vedere psihosocial. Este vorba despre acele sfere considerate pe de o parte virtuți, scopuri ale educației și dimensiuni evolutive, pe de altă parte însă ele se regăseau tot mai mult în legătură cu tulburări, necazuri, indispoziții, greutăți și boli. Deși toate aceste norme psihosociale se află într-o strânsă legatură, ele conțin două aspecte diferite: prima categorie, căreia eu i-am pus ulterior denumirea de „capacități primare“, se referă la emoționalitate și la viața afectivă, pe când cealaltă categorie a capacităților actuale, capacitățile secundare, are legătură cu performanțele psihosociale și cu diferențierile privind capacitatea de cunoaștere. Aceste două categorii au oferit o linie de ghidare în completarea inventarului capacităților actuale. Acesta a fost verificat mereu prin experiențe terapeutice practice, au fost căutate modalități de completare și s-a insistat asupra faptului, dacă acele conflicte analizate puteau fi suficient de bine conturate cu ajutorul capacităților actuale.

Aceste cercetări, care nu au pornit numai la inițiativa mea și la completarea cărora au contribuit colaboratorii și colegii mei din Grupul psihoterapeutic experimental Wiesbaden (GPEW) — psihoterapeuți, psihiatri, psihologi și profesori — se bazează pe aproximativ 50 000 de ședințe de psihoterapie, fără a ține seama de observațiile nesistematice din viața de zi cu zi, care adesea erau cu atât mai incitante. Pentru a evita pericolul ca IAD să redea exclusiv acele norme psihosociale care sunt importante numai pentru o anumită societate, nu însă și pentru altele, noi am pus accent în mod deosebit pe demersul transcultural. În acest sens, noi ne focalizăm atenția în special asupra persoanelor din Europa Centrală, dar și din Europa de Nord și de Sud, din America de Nord și din diferite regiuni ale Orientului (Iran, Turcia, Emiratele Arabe Unite).

O mostră a spațiului cultural din Orientul îndepărtat a constituit-o un grup de 15 pacienți japonezi care lucrau în Germania și erau căsătoriți cu parteneri de naționalitate germană. Căsătoriile transculturale s-au dovedit a fi în general una din cele mai importante „mine de aur“, căci în cazul lor conflictele legate de capacitățile actuale apar adesea cu o claritate incredibilă.

Cu ajutorul inventarului analitico-diferențial, alcătuit în conformitate cu grupurile de populație analizate, au putut fi bine stabiliți factorii implicați în conflicte — și aceasta prin combinarea diferitelor capacități actuale sau direct dincolo de ele.

Totuși, considerăm ca fiind posibile eventuale adaptări ale inventarului analitico-diferențial. În prima mea carte, „Umbre pe cadranul solar–Educație–Autoajutor–Psihoterapie“, care punea în discuție în mare parte probleme legate de educație, credeam că ne puteam descurca fără „fidelitate“ ca aptitudine de sine stătătoare, definind-o ca sinceritate în relația de cuplu. Cercetările privitoare la conflictele adulților au demonstrat însă că existau mult mai puține dificultăți legate de sinceritate, decât de fidelitate, luată în sens restrâns. Din aceste motive am adăugat capacitatea actuală „fidelitate“, care este într-adevăr o capacitate în cel mai bun sens. Așadar, se dovedește a fi necesar ca accentuarea deosebită a anumitor norme psihosociale dintr-o societate să țină seama de faptul că ele nu trebuie să fie determinate numai cu ajutorul celorlalte capacități actuale, ci sa fie incluse în IAD, atâta timp cât își definesc esența de capacități. Exemple în acest sens constituie concepte precum „cinste“, „curaj“, „responsabilitate“ etc. Desigur, asemenea măsuri constituie numai aditivi suplimentari, care pot fi incluși în baza aprecierilor practice. Pentru a rămâne la acest exemplu, nu ne-am limita numai la conceptul de „cinste“, ci ne-am pune problema la ce se referă cinstea: la sinceritate, politețe, performanță, chibzuință, credință/religie etc.

Integrarea capacităților actuale într-un inventar analitico-diferențial (prescurtat IAD), care să cuprindă ariile esențiale de conflict și pe cele evolutive s-a dovedit a fi eficientă și suficientă pentru demersul psihoterapeutic și pedagogic (vezi tabelul de la pagina 70).

Rezumat: În cadrul acestei abordări, conceptele complementare sunt luate în considerare ca simptome și ca nuanțări, precum și ca amestecuri ale capacităților actuale privite individual.

Dimensiunile activ-pasive ale capacităților actuale

Capacitățile actuale sunt complexe în multe sensuri. Nivelurile lor de funcționare sunt atât societatea, cât și evenimentele de grup, sfera trăirilor psihice individuale și prelucrarea lor psihosomatică. Capacitățile actuale prezintă însă prin ele însele în mod complementar o diferențiere.

Pe de o parte putem privi o capacitate actuală ca pe o așteptare: ne așteptăm ca el/ea să fie punctual/ă, politicos/politicoasă, curat/ă, sincer/ă, drept/dreaptă, chibzuit/ă etc. În acest caz, capacitatea actuală descrie o dimensiune pasivă:

> „Când vin acasă, mă aștept de la soția mea ca masa să fie gata la timp și ca apartamentul să fie curat, astfel încât să mă simt confortabil în el.“

Pe de altă parte, capacitățile actuale cuprind anumite moduri de acțiune și modele de comportament. Astfel, eu mă comport punctual, ordonat, politicos etc. Prin aceasta este caracterizată dimensiunea activă a capacităților actuale.

> „Mi-am propus adesea să las lucrurile acolo unde le aruncă soțul meu. Când văd însă dezordinea, parcă mă mănâncă degetele. Pur și simplu nu mă pot abține să nu fac curat“ (casnică în vârstă de 37 de ani, atacuri de panică, tulburări cardiace).

Deosebirea dimensiunilor activă și pasivă are o importanță diagnostică. Pe de o parte, pentru că activitatea sau pasivitatea pot oferi indicii în legătură cu tipurile de reacție; pe de altă parte pentru că ea conduce la înțelegerea afirmațiilor pacientului. Când un pacient dă un răspuns la întrebarea: Care dintre dumneavoastră pune mai mult preț pe ordine?, într-o primă fază rămâne încă deschis modul în care el însuși valorizează această capacitate actuală sau o alta. Se așteaptă ca soția să îi fie fidelă, sau este chiar el însuși dispus să fie fidel? Pretinde punctualitate de la ceilalți? Cum se comportă însă el însuși?

Dimensiunea activ-pasivă este una din multiplele dimensiuni incluse în capacitățile actuale. În această privință, ne putem gândi și la dimensiunea flexibilitate-fixație, care cuprinde capacitatea și predispoziția de a-ți schimba punctul de vedere în privința evaluării fiecărei capacități actuale în parte, sau, dimpotrivă, de a le considera rigide, de neclintit. În special capacitatea actuală „timp“ indică din punctul de vedere al conținutului această dimensiune. Dreptul de a controla capacitățile actuale în privința unor asemenea dimensiuni, cât și de a observa care capacități actuale sunt deosebit de pregnante în relația cu o dimensiune sau alta, îi este rezervat analizei factoriale. Sunt efectuate cercetări corespunzătoare.

Normele psihosociale sunt înțelese în mod sistematic drept capacități actuale; ele stabilesc într-o măsură esențială evoluția fiecărui om și reprezintă conținuturi ale socializării. Capacitățile actuale acționează în toate culturile. Numai relativele lor conturări le diferențiază din punct de vedere cultural. Capacitățile secundare și primare nu sunt numai concepte sau apariții conjuncturale întâmplătoare, ci ele reprezintă mai degrabă reguli, norme, atitudini și conduite de comportament în viața și percepția fiecărui individ, indiferent de rasă, clasă socială, vârstă, sex, tipologie și boală. Ele se conturează ca aptitudini specific umane în decursul socializării, fiind anexate conceptului de Sine și parțial puternic încărcate afectiv.

Capacitățile actuale sunt învățate numai într-o mică măsură ca reguli, precum rețetele culinare dintr-o carte de bucate. Cea mai mare parte noi o însușim parcă întâmplător în baza propriilor noastre experiențe și a comportamentelor altora considerate de către noi ca fiind exemplare.

> Un tată își ia fiul într-o plimbare cu mașina. Se grăbește foarte tare. Pentru că trebuie să ajungă la timp într-un anume loc, conduce mai repede decât are voie prin lege, traversează intersecția la culoarea galbenă a semaforului, îi înjură pe ceilalți participanți la trafic și parchează în cele din urmă într-un loc unde parcarea este interzisă.

Băiatul din dreapta lui asimilează următoarele elemente și experiențe de învățare:

> Când mă grăbesc (punctualitate), trebuie să conduc cu viteză (timp), nu mai țin atât de mult cont de regulile de circulație (supunere), ba chiar sunt îndreptățit să îi înjur pe ceilalți dacă nu țin cont de mine (politețe), și pot chiar să îmi permit să încalc prescripțiile generale legate de ordine (ordine).

Legătura acestei serii de acțiuni comportamentale cu punctualitatea poate fi dizolvată. Ce rămâne însă în urma ei sunt exprimări de comportament descrise ca asociale, isterice sau psihopate. Se poate vorbi aici despre o dereglare a felului în care regula a fost instituită, în sensul diferențierii normelor sociale prin intermediul altor experiențe ce țin de învățare: să crezi că poți trece la culoarea galbenă sau roșie a semaforului, că îi poți înjura pe ceilalți sau să crezi că toți trebuie să ți se supună, nu însă și invers, și toate acestea indiferent de situația în care apare un astfel de comportament. Aici ar fi posibilă și o altă generalizare: Dacă eu mă grăbesc, totul e permis, sau și mai general: mie îmi este totul permis. Dacă privim din această perspectivă patologică, ia naștere o situație pe care o întâlnim la aproape fiecare individ: băiatul care se află în mașină cu tatăl său și a asimilat pe moment informațiile oferite de acesta, se află față în față cu cerințele societății. El se poate readapta acestor cerințe printr-un proces de reînvățare, care adesea este mai dificil decât unul de învățare a ceva nou. Pe de altă parte, el poate intra în conflict cu propriul comportament și sistem de valori, care de exemplu îi interzice actele agresive deschise și îi prescrie politețe, ordine și supunere. Tocmai prin aceasta se caracterizează individul nevrotic: în cazul lui, această contradicție devine simptomatică.

Rezumat: *Întrebați-vă*: Cum reacționați atunci când partenerul dumneavoastră nu ajunge la timp la întâlnirea stabilită? Atunci când nu face ceea ce dumneavoastră considerați a fi corect și important? Cum reacționați când cineva vă minte? Când cineva din preajma dumneavoastră miroase insuportabil sau când sunteți nevoit să purtați un dialog mai lung cu cineva căruia îi miroase gura îngrozitor? Ce simțiți atunci când sunteți nedreptățit și sunt favorizate alte persoane în fața dumneavoastră? Cum vă simțiți când observați că v-a înșelat cineva sau că partenerul de cuplu vă înșală? Ce simțiți când vă aflați în fața unui examen?…

Dacă faceți mai mult decât să parcurgeți cu privirea aceste întrebări, preocupându-vă și în interiorul dumneavoastră de situațiile care le includ, veți putea constata că, prin fiecare din aceste întrebări, care de altfel toate conțin capacități actuale, sunt scoase în evidență emoții și afecte.

Capacitățile actuale și unitatea

La formarea unității, așa cum înțelegem noi individul, participă următorii factori: corp, mediu (cu factorii de mediu corespunzători, domeniul psihosocial, sufletul și trăirile individuale) și timp (ca esență a conștiinței și a spiritului uman). Capacitățile actuale se formează în strânsă legătură cu aceste trei dimensiuni. În același timp, ele influențează atitudinile față de aceste domenii.

Capacitățile actuale și corpul. Prin dimensiunea corporală, noi ne referim la factorii biologici, fiziologici. Aici intră fenomenele legate de metabolism, reflexe, ereditate, maturizare fizică, funcțiile organelor corpului, capacitatea funcțională a simțurilor și trebuințele vitale. Prin felul în care sunt satisfăcute trebuințele vitale, se dezvoltă fiecare capacitate actuală în parte sau, dimpotrivă, se blochează în dezvoltarea ei. În acest sens este de exemplu văzută dezvoltarea punctualității în relație cu ritmul vital al stărilor de veghe, somn și foame. Curățenia este pusă în legatură cu educația privind curățenia, primită în prima copilărie. În funcție de felul în care reacționează o persoană de referință la trebuințele individuale și la specificitățile fizice ale unui copil, se dezvoltă diferite consecințe în imaginea sa de Sine ulterioară și în personalitatea individului. În acest mod sunt influențate capacitățile actuale din evoluția individului.

Evenimentele și conflictele legate de capacitățile actuale generează în aria psihosomatică modificări ale dispoziției bazale, schimbări de atitudine, sentimente de angoasă, agresivitate și depresie. Alte urmări sunt

în multe cazuri bolile psihosomatice condiționate organic. Astfel, dezordinea și nepunctualitatea unui om „te pot lovi în fiere și în stomac“ (Peseschkian, 1973). Vizavi de aptitudinile fizice proprii sau ale altora se dezvoltă adesea atitudini de natură afectivă adânc împământenite: un copil este respins de ceilalți din cauza părului său roșu; o mamă își iubește copilul în special datorită colăceilor acestuia; un adolescent consideră oribile membrele sale lungi; în schimb, un îndrăgostit admiră picioarele lungi ale iubitei sale. Malformațiile fizice, mutilările, bolile de piele etc. capătă caracter estetic și, prin aceasta, o considerabilă rezonanță afectivă.

Capacitățile actuale și mediul. Dimensiunea mediului este legată de relația individului cu mediul social din care face parte. Capacitățile actuale influențează așteptările noastre vizavi de comportamentul celorlalți, precum și comportamentul nostru în sine — în mod mijlocit sau nemijlocit — sub forma regulilor: „Căutăm funcționari conștiincioși, serioși, cumsecade și demni de încredere pentru o activitate interesantă“.

Fiecare conflict intern și extern poate fi descris în acest sens cu ajutorul conceptelor oferite de capacitățile actuale. În fiecare zi ne confruntăm în sfera personală și colectivă cu efectele lor. Atunci când se face sau se desface o căsnicie, când se dizolvă o relație de prietenie, când cineva este concediat, când relația dintre grupuri și popoare capătă potențial conflictual. Dincolo de influența tradiției, modele ale capacităților actuale devin caracteristici specifice ale unui grup, care printre altele exercită o influență esențială în coeziunea grupului și în relația cu alte grupuri (Peseschkian, 1970, 1971). Astfel, diferite capacități actuale, precum curățenia, punctualitatea, politețea etc. pot deveni mărci de recunoaștere a apartenenței la grup; apartenența la grup nu este determinată numai de simboluri exterioare. Vizibile sunt mai degrabă acele norme de grup diferite, capacitățile actuale, care determină atât sensul cât și scopul simbolurilor exterioare. Conflictul inter- sau intra-grupal capătă astfel o nouă perspectivă:

„Cel care taie cartofii cu cuțitul nu aparține grupului nostru.“

„Cel care nu e destul de curat și miroase urât nu are ce căuta cu noi.“

„De mic am fost învățat să fiu punctual, și aștept același lucru și de la ceilalți. Nu vreau să am deloc de-a face cu persoane nepunctuale.“

Capacitățile actuale și timpul. Tulburările legate de dezvoltarea omului și raportate la sfera corporală și la cea a mediului, sunt de fapt tulburări ale dimensiunii temporale: „Nu mai am deloc încredere în oameni, pentru că cineva m-a lăsat baltă cândva.“ „Cum mai pot eu avea încredere în copilul meu, după ce m-a mințit o dată?“

Aspectele de conținut ale capacităților actuale capătă potențial conflictual din cauza fixațiilor. Dacă trecutul, prezentul și viitorul se amestecă sau sunt privite izolat, atunci capacitățile actuale nu pot fi diferențiate în conformitate cu timpul, spațiul și realitatea corespunzătoare. Comportamentul propriu și cel al altora apare deformat din cauza neînțelegerilor. În această relație, fixațiile reprezintă absolutizarea unei dimensiuni de comportament asimilate cândva, opusul înțelegerii și al străduinței de a înțelege.

Un exemplu în acest sens îl constituie raportul dintre fixații și opusul lor, flexibilitatea și capacitatea de transformare:

> „Am devenit un om cu totul nou: acum nu mă mai cert atât de des cu soțul meu. Înainte mă enervam mereu în legătură cu dezordinea și mizeria pe care o făcea. Azi mă simt în stare să găsesc argumente. Încerc să îmi înțeleg soțul. Dacă de exemplu nu se spală, îi zic numai că ar trebui să o facă. Nu mai fac circ din cauza asta“ (pacientă în vârstă de 26 de ani, care a suferit înainte de dureri de cap și de tulburări sexuale).

Rezumat: Capacitățile actuale nu sunt esențe abstracte. Ele își fac apariția în comportament mai degrabă prin intermediul dimensiunilor legate de dezvoltarea corpului, mediului și timpului. (Vezi și indexul: *Cercetări statistice asupra analizei diferențiale*.)

Capacitățile actuale și mascările lor. Capacitățile actuale nu pot fi întotdeauna diferențiate la prima vedere. Ele sunt chiar deseori mascate și puse într-o altă formă față de cea pe care o cunoaștem noi din inventar. Și totuși noi putem deosebi destul de bine capacitățile actuale care se ascund în spatele acestor mascări. Într-un astfel de caz vorbim despre sinonime. Un exemplu în acest sens îl constituie capacitatea actuală „Ordine“.

În loc de „ordine“ sau „dezordine“ există o multitudine de concepte care toate se raportează într-un fel sau altul la ordine, chiar dacă provin din cele mai diferite arii ale comportamentului. Vorbim aici despre:

A ordona, organizator, a rândui, ordonat, metodic, birocratic, pedant, sistematic, a face curat, a aranja, a împărți, a descâlci, a structura, a grupa, a sorta, ajustare, împărțire, descâlcire, reglementare, schemă, șablon, ordonare, planificare, sistem, orbește, confuz, în zig-zag, în sus și în jos, talmeș-balmeș, ca primii oameni, la nimereală, alandala, a zvârli, a răsuci, a încurca, a strămuta, a neglija, a confuza, haotic, turbulent, dezordonat, tulbure, zăpăcit, împrăștiat, flușturatic, neglijent,

haos, harababură, confuzie, aiureală, mișmaș, cocină de porci, grajd, încurcătură, zăpăceală.

Sinonimele „ordinii-dezordinii“ dețin arii de aplicabilitate orientate practic către: educație, relație de cuplu, profesie și organizație profesională, publicitate, limbaj popular, literatură și nu în ultimul rând descrierile și plângerile pacienților în cadrul psihoterapiei. Nu sunt deosebite astfel numai calitățile capacității actuale „ordine“, ci și situațiile, într-o anumită măsură relațiile topografice, în care apar. Așa s-a dezvoltat din „în afară-i vopsit gardul, înăuntru leopardul“, afirmația: „La serviciu este foarte ordonat, acasă însă neglijent“.

Pentru toate capacitățile actuale există de asemenea o multitudine de concepte care se raportează la diferite situații, incluzând grade diferite de politețe și deosebindu-se în utilizarea lor chiar de la regiune la regiune. Multe din aceste sinonime și circumscrieri nici nu se raportează cu claritate la o singură capacitate actuală. Ele cuprind uneori mai multe capacități actuale deodată. Afirmația „El este o persoană primitivă“ poate avea în acest sens mai multe înțelesuri: „El este nepoliticos, el este dezordonat, el este murdar, el este nesincer etc.“ Depinde atât de convențiile limbii, cât și de situația persoanei în cauză reliefarea acelei capacități actuale care se află în acest context în prim-plan. Intră în atribuțiile terapeutului, dar nu numai în ale lui, cristalizarea conținuturilor conflictuale corespunzătoare și interpretarea situativă a semnificației lor în istoria de viață individuală. Această interpretare este dependentă de propriile modele valorice de care dispune un terapeut sau un partener analizator.

Informația situativă „Un pacient ajunge prea târziu la ședința terapeutică“ se referă, strict din punct de vedere superficial, la „punctualitate“. Am putea conchide chiar că este vorba despre un deficit de punctualitate. Această afirmație include deja o interpretare, care ar putea fi cu totul diferită, dacă s-ar ține cont de alte puncte de vedere. De exemplu de faptul că pacientul avusese musafiri. El, care de altfel este o persoană nesociabilă, căruia terapeutul chiar îi sugerase să aibă mai mult contact social, și care nu are curaj să se impună în fața musafirilor (să fie sincer), a întârziat tocmai din cauza acestui motiv. Nepunctualitatea sa capătă astfel o altă semnificație. Este posibil și ca pacientul să fi dezvoltat rezistențe față de psihoterapie și să folosească întârzierea ca pe o armă prin care să îl pedepsească pe terapeut, respectiv să se apere cât mai mult timp cu putință în fața unei situații psihoterapeutice percepute ca fiind periculoasă. Astfel, o singură formă de comportament, care poate fi descrisă cu ajutorul capacităților actuale, poate dobândi o funcție plurivalentă.

Rezumat: Normele psihosociale apar într-un număr mare de forme care duc cu precizie diferită la capacități actuale:

Afirmații nespecifice, care se pot raporta la toate capacitățile actuale: „Sunt terminat“, „Nimic nu are nici un sens“, „Sunt atât de fericit“.

Organizări complexe, care includ mai multe capacități actuale pronunțate sau nepronunțate: „mizerie“ (trimite nemijlocit la curățenie, poate semnifica însă și dezordine, neseriozitate, infidelitate, nepunctualitate etc); „Este primitiv“; „Sunt un ratat“ (domenii ale ratării se pot dovedi a fi atât performanțele profesionale, cât și sexualitatea); „Este un idiot“ (această afirmație se referă în primul rând la capacitatea de performanță intelectuală. În sens larg, ea poate însă să includă și alte capacități actuale).

Afirmații specifice, îndreptate direct către capacitățile actuale: „Mă termină când mă lasă mereu să îl aștept“, „Dezordinea lui mă scoate din sărite“, „Când am aflat că m-a înșelat, am luat pur și simplu foc“.

Afirmații simptomatice, care sugerează capacități actuale: „Am dureri de stomac și de intestin. Nu pot dormi noaptea. Am aceste dureri de când am preluat un post plin de responsabilități în compania noastră“.

Informații situative, în cazul cărora nu se exprimă capacități actuale, dar se acționează și evaluează în cadrul categoriilor de comportament ale capacităților actuale: Copilul își pune în farfurie la masa de duminică cea mai mare bucată de prăjitură (politețe). Mama se uită la el cu o privire dojenitoare. Soțul ajunge acasă mai târziu decât fusese stabilit (punctualitate). Soția nu spune nici un cuvânt legat de aceasta, însă în pat nu îi răspunde la gesturile de tandrețe și simulează o migrenă (sexualitate, sinceritate).

Capacitățile actuale în analiza enunțurilor. Mare parte a relațiilor interpersonale se desfășoară în formă verbală. Sunt schimbate informații, partenerul social este instruit în legătură cu propriile necesități, trebuințe sau experiențe. Dacă facem abstracție de calitățile deosebite ale partenerului într-o interacțiune, îi putem aplica acesteia modelul emițătorului și al receptorului. Emițătorul și receptorul sunt legați printr-un canal de comunicare, care mijlocește informațiile. Numai că emițătorul nu este doar emițător, iar receptorul nu doar receptor. Ceea ce spun, ceea ce fac sau ceea ce transmit într-un alt fel ca semn sau semnal generează o reacție în partenerul meu, la care eu reacționez la rândul meu: Îi fac semn (vino aici), partenerul meu dă din cap (nu). Merg la el și îl întreb de ce. El îmi răspunde că fiecare merge pe drumul lui.

Fiecare pas din această comunicare verbală și nonverbală capătă sens în comunicarea de ansamblu și are drept consecință restabilirea unei relații conforme obiectivului urmărit. În spatele numărului mare

de asemenea procese se ascunde o structură în care au fost incluse anumite conținuturi. Să luăm un enunț simplu, cum putem auzi în viața de zi cu zi:

Adresare	Conținut	Simptom
„De ce nu ai sunat să îmi spui că întârzii?“	(punctualitate)	„Am fost foarte neliniștit“

Acest enunț este parte a unui proces mai complex de interacțiune. Cineva a așteptat pe altcineva, pentru că poate cei doi și-au dat întâlnire la un moment dat. Acest Altcineva ajunge prea târziu la întâlnire, ceea ce îi provoacă celuilalt o stare de neliniște care poate fi înțeleasă numai dacă știm cât de mult își prețuiește el partenerul și cât de mult prețuiește punctualitatea. Cel care întârzie apare aici ca o umbră, nefiind luată în considerare și perspectiva lui: poate că a fost împiedicat de ceva să ajungă la timp, el însuși resimțind întârzierea ca pe ceva neplăcut, sau poate că a uitat de întâlnire sau poate că nu acordă punctualității aceeași importanță precum partenerul său. Acum vom analiza mai îndeaproape enunțul de mai sus. Prima parte a acestui enunț

Adresare	Conținut	Simptom
„De ce nu ai sunat		

se adresează, din punctul de vedere al conținutului, unui partener de conversație. Este stabilit un contact țintit. Partenerul este abordat prin intermediul admonestărilor, amenințărilor, laudelor, exclamațiilor și a altor mijloace modificate prin atitudini de exprimare — nuanțări ale vocii, ale privirii, mimicii și gesticii.

A doua parte a enunțului se referă la conținut. Aici apar în mod direct sau indirect anumite norme psihosociale. Partenerul este informat în legătură cu ceea ce este vorba de fapt.

Adresare	Conținut	Simptom
	să îmi spui că întârzii?“	

Aici sunt puse în discuție, din punctul de vedere al conținutului, capacitățile actuale, care apar în forma celor mai diverse sinonime. În locul enunțului de mai sus, ar fi putut să fie și „să îmi spui că ești nepunctual“, „să îmi spui că mă lași să te aștept atâta“, „să mă anunți că nu poți ajunge la ora stabilită“.

A treia parte a enunțului oferă o explicație pentru consecințele atitudinii. De aceea, noi numim această parte „simptom“.

Adresare	Conținut	Simptom
		„Am fost foarte neliniștit“

Simptomul se poate manifesta în multe feluri. Poate fi un simptom psihic, precum în exemplul nostru. Dar și un simptom psihosomatic. Și totuși sunt posibile și alte urmări: pentru vorbitor „Am fost foarte neliniștit“; pentru partenerul de conversație „Data viitoare nu mai scapi așa ușor“; pentru o a treia persoană „Acum gazda noastră sigur își face griji“; sau pentru grupuri „Nu e de mirare că nu ne mai invită prietenii pe la ei“. Felul în care apare simptomul mijlocește o constatare diagnostică de ansamblu, căci aici apar cu claritate moduri tipice de reacție și forme ale conversiei conflictuale.

Un enunț care conține o adresare, un conținut și un simptom poate fi perceput astfel ca enunț complet. În comunicarea de zi cu zi însă asemenea enunțuri pot apărea ca incomplete sau deformate, îndeplinind totuși chiar și așa o funcție psihosocială.

În enunțurile incomplete sunt lăsate deoparte fie anumite părți din enunț, fie ele sunt comunicate tacit sau într-o formă mascată. Această comunicare non-verbală include toate formele de contact social, care nu se desfășoară prin intermediul canalului limbajului. Este vorba aici despre: expresia mimică, mișcările pantomimice, dar și de acțiuni fizice precum bătăi sau mângâieri. O interpunere între verbal și nonverbal o constituie acele exclamații care dețin un număr mare de semnificații și care dobândesc un sens abia prin contextul situativ în care apar, respectiv prin accentuarea lor. Interjecția „oh“ are o anume semnificație atunci când persoana în cauză a experimentat ceva plăcut, spre deosebire de un „oh“ folosit ca exprimare a unei dezamăgiri.

Există modalități diferite prin care sunt omise părți ale enunțului. Noi ne vom limita în exemplele noastre la câteva cazuri tipice.

Adresarea poate lipsi

Adresare	Conținut	Simptom
	„Dezordinea ta e strigătoare la cer“ (ordine)	„Vei vedea unde vei ajunge din cauza asta, nefericitule“

Adresarea e preluată de către celelalte părți ale enunțului. Partenerul de conversație este confruntat cu conținutul în mod direct și fără a se încerca stabilirea unei legături. Contactul este fie precedent, fie urmat de contact vizual, fie de faptul că vorbitorul i se adresează direct partenerului, fie presupus.

Conținutul lipsește. Nu se spune despre ce e vorba de fapt și se presupune că partenerul de conversație trebuie să știe acest lucru, în baza situației și a inteligenței sale.

Adresare	Conținut	Simptom
„Bine că vii.“		„Am un chef nebun să ies azi cu tine.“

Pentru a înțelege acest enunț al soției, avem nevoie de informația de fundal, și anume că soțul cumpărase bilete foarte scumpe la un spectacol și că soția s-a simțit flatată de acest gest de generozitate (chibzuință).

Lipsa conținutului poate deveni cauză a „scurtcircuitelor“, atunci când partenerul înțelege altfel situația față de celălalt. Poate că soțul crede ca starea prietenoasă a soției sale se datorează unui succes profesional al său, despre care totuși nu îi povestise nimic. Aceste legături de conținut diferite pot constitui cauze de conflicte atât în cuplu, în educație cât și în psihoterapie. Acest lucru se întâmplă pe de o parte pentru că emițătorul și receptorul se referă la conținuturi diferite, iar pe de altă parte pentru că ambii înțeleg în mod diferit același conținut — aceeași capacitate actuală. *Simptomul lipsește*. Se stabilește un contact între parteneri, se spune clar despre ce este vorba și se renunță la expunerea urmărilor.

Adresare	Conținut	Simptom
„Ție ți-e ușor să vorbești așa“	„Și-așa ne acorzi puțin timp, mie și copiilor. Îți suntem ca și indiferenți“ (timp, dreptate)	

Această femeie nu numai că vorbește despre urmări, ci le și indică, îndepărtându-se de partener din cauza unei migrene. Când simptomul este lăsat în afară, el poate fi prezentat ca tulburare psihică sau psihosomatică. Urmările pot fi însă acoperite și de pecetea tăcerii, exteriorizându-se într-un moment ulterior, în cazul în care nu au fost rezolvate între timp.

Adresare	Conținut	Simptom
„Nu mai merge așa“	„Dintotdeauna ai flirtat cu alte femei“ (fidelitate, sinceritate)	„Niciodată nu am spus nimic. Însă acum ai întrecut orice limită. Nu mai pot trăi cu tine“

Tăinuirea urmărilor are legătură, în sensul cel mai larg, cu politețea și cu modestia, respectiv cu sinceritatea si cu francheța. Expunând consecințele, se încearcă accentuarea pretenției incluse în enunț. Astfel se poate întâmpla, precum în ultimul exemplu, ca partenerul să nu fie conștient o perioadă mai lungă de timp de simptome, și să se vadă pus dintr-o dată în fața unor consecințe grave, care îi apar de neînțeles dacă le judecă din prisma experiențelor anterioare.

Adresarea, conținutul și simptomul lipsesc. Nu spui nimic, te enervezi, nu explici însă de ce, și până la urmă ții chiar și simptomul în tine. Pe de altă parte nu spui nimic, te bucuri, însă nu îi dai nici un indiciu partenerului în legătură cu motivul bucuriei tale și nu îl lași să ia parte la ea. Ambele forme pot apărea în cele mai diferite varietăți.

Adresare	Conținut	Simptom
(!)	(!)	(!)
(?)	(?)	(!)

Fie presupui că partenerul posedă o capacitate atât de mare de empatizare, încât poate lua parte la supărările și la bucuriile tale fără a-i oferi vreo indicație (politețe, sinceritate). Sau te-ai resemnat pentru că ai trăit în trecut experiența ca nimeni să nu se intereseze de bucuria sau supărarea ta, nimeni să nu îți înțeleagă chemările sau să ia parte la ele. În cele din urmă ajungi să nu mai ai încredere în partenerul tău și să renunți la a-i comunica aceste informații, din teama de a nu le folosi împotriva ta (încredere/sinceritate). „Ah“ poate însemna:

Adresare	Conținut	Simptom
„Iar mi se întâmplă același lucru“	„Mi-am pierdut cheia“ (ordine)	„În curând o să îmi pierd și capul“

Un dat din cap, o privire, o ridicare din umeri sau un tropăit nervos din picioare pot fi înțelese, conform sensului descris mai sus, ca enunțuri.

Analiza enunțurilor are o importanță practică în cadrul conflictelor interumane și al psihoterapiei. Un student în vârstă de 21 de ani fusese internat în spital în urma unui accident rutier. După ce și-a revenit cât de cât, a povestit care fuseseră cauzele accidentului:

„Eram la petrecerea unor prieteni. Și prietena mea era acolo; o luasem special de acasă. O vreme a fost totul ok, apoi ea a luat la dans un alt tip. La un blues lent cu atingeri și așa mai departe. Nu puteam să mă uit la așa ceva. Când am văzut-o că a rămas cu acest tip și că vorbea cu el, am luat-o razna. Exact la fel cum mi s-a mai întâmplat și înainte de câteva ori. Și atunci m-am urcat în mașină și am călcat pedala de accelerație la maxim. Am gonit prin împrejurimi. Când m-am întors, m-am simțit mai bine și nimeni nu mi-a remarcat gelozia. Ba chiar le-am explicat celorlalți: Chiar nu am nici un motiv să fiu gelos. De data asta am pățit-o."

Nefericitul nu a căutat nici un „contact" în momentul în care s-a enervat pe prietena lui. Ba chiar s-a îndepărtat și mai mult și și-a negat gelozia, precum și nevoia interioară de devotament și fidelitate. Nici măcar față de sine însuși nu a putut să își asume deschis consecințele (sinceritate). Abia accidentul a mijlocit, ca simptom „întâmplător", accesul la conflict și la conținuturile acestuia. În acest caz se poate spune că accidentul, ca simptom, a constituit un apel încifrat către prietenă.

Rezumat: Capacitățile actuale se exprimă printr-o multitudine de forme de apariție, parțial ca mascări, parțial ca simptome și parțial sub formă de conținuturi ale comunicării interumane. Formele acestor mascări au la rândul lor caracter simptomatic și ne oferă indicii diagnostice și terapeutice prețioase, legate de fundalul conflictelor psihosociale sau al tulburărilor psihice sau psihosomatice manifeste.

Relativitatea capacităților actuale și conflictele

Capacitățile actuale sunt organizate în fiecare om într-o formă individuală. Fiecare dispune de capacitatea de a-și împărți „timpul". Felul în care este valorizată această împărțire a timpului depinde însă esențial de fiecare domeniu cultural de referință în parte. O societate industrială cu un înalt grad de organizare depinde de „punctualitatea" membrilor săi. Dimpotrivă, o societate formată din țărani va împărți „timpul" cu mai puțină strictețe și va prețui mai mult „răbdarea" în locul „punctualității". Aceasta reiese chiar din situația ei, căci ea trebuie să aștepte și să se adapteze spre exemplu ritmurilor naturii. Indiferent de felul în care este împărțit timpul, nici una din aceste perspective nu este în sine mai bună. Fiecare din ele are propria ei predispoziție conflictuală în cadrul propriului ei sistem:

Supraaccentuarea „punctualității" în relație cu fenomenele de stres ale societății industriale, respectiv o împărțire a timpului structurată în mod generos în relație cu fatalismul populațiilor orientale. Astfel, capacitățile actuale sunt pe de o parte stiluri atitudinale, care pot căpăta o asemenea consistență, încât anumite caracteristici proprii capacităților actuale să devină trăsături individuale de personalitate. Pe de altă parte, ele reprezintă „teorii de acțiune" atât pentru individ, cât și pentru instituțiile sociale. Ele justifică de ce trebuie să te porți într-un anume fel și nu altfel, și specifică ce poziție să adopți într-o anumită situație dată. Judecățile de valoare asociate capacităților actuale pot fi considerate asemenea teorii de acțiune. Ele se raportează fie numai la un grup limitat de obiecte și situații (ordinea de pe masa de lucru; punctualitatea la o anumită întâlnire), fie sunt îndreptate către o clasă de obiecte superioară (ordine, seriozitate în viața profesională). Adesea, aceste atitudini individuale sunt organizate într-un sistem axiologic. De exemplu: o persoană care valorizează precizia, va valoriza și comportamentul ordonat și punctual și va avea o atitudine rezervată față de necorectitudine și față de lipsa de sinceritate. Totuși, evaluarea capacităților actuale poate și diverge. De exemplu, un individ poate fi foarte atent la precizie, iar aceasta nu înseamnă neapărat că va accentua și punctualitatea în aceeași măsură. Astfel, capacitățile actuale sunt sisteme axiologice, prin care este evaluat atât propriul comportament, cât și cel al celorlalți.

Din perspectiva normelor de grup și a legilor sociale se pune problema creării unor reguli general valabile și obligatorii pentru toți. Aceste reguli sunt, din punctul de vedere al conținutului, determinate în mod esențial de capacitățile actuale, fiind aduse la lumină printr-un sistem axiologic convențional al acestor capacități. Formulate explicit și prin intermediul textelor de legi, capacitățile actuale devin prescripții obligatorii care regularizează viața de grup interumană și drepturile și obligațiile corespunzătoare ei. Aceasta pornește de la cărțile de legi legate de convențiile vieții comerciale, până la prescripțiile legate de felul în care trebuie să se poarte un individ într-un anumit rol social. Pe lângă acestea, există și norme și judecăți de valoare tacite, care sunt considerate cu insistență de la sine înțelese. Pare să existe astfel ceva precum un acord legat de „ce se cade". Această convenție capătă caracter normativ și este considerată universal valabilă. Putem face asemenea observații în special în cazul grupurilor și al indivizilor educați în mod tradițional. Capacități actuale selective sau anumite modele caracteristice ale acestor norme psihosociale dobândesc în acest caz caracter absolut. Te porți ca și cum nu ar exista nimic altceva în afară de ordine, curățenie, sinceritate și punctualitate, tu însuți reprezentându-le pe acestea, și nu altele.

Această tendință de a absolutiza cel puțin temporar, nu constituie excepția, ci regula, căci capacitățile actuale sunt ancorate emoțional, contopindu-se cu mecanismele de confirmare ale proceselor. Pe deasupra, aceste sisteme axiologice servesc drept mijloace de protecție și apărare, ele fiind cele care legitimează comportamentul. Pentru a da un exemplu: principiul fidelității oferă justificarea prin care îi poți face viața un calvar atât partenerului, cât și ție însuți, pentru că partenerul poate că a acționat împotriva acestui principiu numai o singură dată. La polul opus, viziunile liberale asupra vieții de cuplu constituie pretexte, raționalizări și argumente intelectuale vizavi de infidelitatea partenerului.

Atât despre funcția justificatoare a capacităților actuale! Pentru că ele conțin o rezonanță emoțională puternică, pot oferi satisfacții care se bazează pe faptul că recunoști la vecini, prieteni și cunoștințe aceleași valori pe care tu însuți le favorizezi. În acest fel găsești confirmarea exterioară a faptului că, în fond, ai dreptate. Te simți împăcat și confirmat datorită propriului sistem valoric, care îți spune ce e bine și ce e rău. Invers, din idei divergente se dezvoltă o amenințare fundamentală, dacă aceste idei se raportează la capacități actuale importante pentru imaginea de sine. Nu apare numai un conflict situativ în cazul în care suntem confruntați cu o persoană care se poartă altfel decât noi și care, mai mult, nici nu recunoaște prescripțiile pe care noi le considerăm valabile. Prin aceste divergențe de comportament și idei este pus mai degrabă la îndoială propriul sistem valoric, propria concepție. Căci toate schemele de întărire, de laudă și de pedeapsă, care se orientează în baza acestui sistem, își pierd dintr-o dată importanța. Poți simți astfel într-o anumită măsură că pierzi pământul de sub picioare.

Din prisma acestor evenimente devine clar în ce măsură pot apărea capacitățile actuale deja din perspectivă psiho-socială ca factori potențiali de conflict. Soția care apără ordinea în fața soțului ei, nu este numai apărătoarea unui principiu formal. Apărând ordinea, se apără pe sine însăși. Poate fi vorba aici de rolul ei de gospodină, prin care, concentrându-se pe ordine și curățenie, poate găsi o confirmare a stimei de sine putând percepe în consecință dezordinea soțului ei (șosetele lui sunt aruncate în dormitor parțial sub pat, parțial sub dulap) ca o desconsiderare (impolitețe) și ca o desconsiderare a valorilor esențiale pentru ea însăși. Adesea apare cazul în care tocmai cei care nu sunt deloc mulțumiți de rolul, funcțiile și poziția lor le apără cel mai puternic împotriva influențelor externe.

În această măsură capacitățile actuale reprezintă stabilizatori de rol, respectiv factori ai nesiguranței de rol. Există și aici o tendință, explicabilă din punct de vedere psihologic, psihosocial și psihoterapeutic,

de a absolutiza valorile susținute. Ea reprezintă un factor decisiv în generarea conflictelor psihice și interumane, care se consolidează mai ales prin faptul că flexibilitatea și capacitatea de adaptare nu sunt îndeajuns asigurate, și pentru că uneori sunt menținute cu nestrămutată convingere anumite valori, chiar și atunci când necesită o corectură. Această fixație și absolutizare se pot raporta la fiecare capacitate actuală în parte sau la structuri întregi ale unor asemenea sisteme axiologice. Ele constituie pretenții față de alte persoane sau reguli vizavi de propriul comportament; sunt apărate cu strășnicie împotriva unor eventuale atacuri. Și totuși este de-a dreptul imposibilă o uniformizare a capacităților actuale. Nu numai că fiecare din noi se află într-un cerc educațional personal și distinctiv, dar fiecare dovedește o anumită flexibilitate, constituită într-o relație de dependență cu diferitele roluri jucate și a exigențelor situaționale. Astfel, schimbările pot fi înțelese în timp.

Fixațiile, adică ignorarea timpului și a contextului situațional, duc la tulburările cunoscute. Nu fiecare trebuie să posede ordinea unui bibliotecar, punctualitatea unui zidar, precizia unui croitor și curățenia unui chirurg. Desprinse de situația și de momentul în care sunt pe deplin îndreptățite, aceste capacități devin caricaturi, ba mai mult, potențiale conflictuale. Un chirurg se spală pe mâini între trei și cinci minute, de mai multe ori, înainte și după fiecare operație. Dacă îndeplinește însă același ritual și acasă, și dacă îl pretinde și de la ceilalți membri ai familiei, atitudinea justificată și necesară din prima situație devine o farsă în cea de-a doua. Nu are nici o funcție, copilul se opune, soția se enervează, viața familială este tulburată.

Relativitatea capacităților actuale apare cu mai multă claritate în *contextul transcultural* decât în legătură cu modelele valorizate în diferitele cercuri educaționale. În cazurile extreme, în situația transculturală există numai un minim de asemănări, spre deosebire de deosebirile maximale. Un exemplu în acest sens îl constituie atitudinea diferită față de anumite ritualuri de curățenie. În Orient se obișnuiește curățarea anusului în urma fiecărei defecații. Pentru aceasta este folosită de obicei o cană de apă din alamă (Aftabée) și mâna stângă. Obiceiul european, de a folosi hârtie igienică, este văzut de mulți orientali cu neîncredere, fiind considerat pe deplin neigienic, în timp ce, invers, metoda orientală îi pare europeanului ciudată, neigienică, ba chiar scârboasă. În spatele acestor ritualuri de curățenie specifice fiecărei culturi în parte se află propriile concepte, mijlocite prin intermediul tradiției. Tradiția cuprinde aici atât transmiterea practicilor speciale de educație, cât și evaluările care își au originea în fiecare doctrină religioasă în parte.

Capacitățile secundare și cele primare își pot arăta pe deplin valoarea numai atunci când se află în acord unele cu celelalte. Experiențele

arată că deplasările din cadrul capacităților secundare și primare duc la o îngustare și la o restrângere a câmpului sistemului axiologic. Aceasta înseamnă că individul supraaccentuează o capacitate pe care o susține într-un anumit moment. El este atât de convins de valoarea ei, încât devine orb față de alte valori și capacități.

„Pentru mine nu contează decât o persoană care știe să se poarte. Poate avea oricât de mult succes, dacă nu știe să fie și politicos, nu are nici o șansă cu mine“ (pacientă în vârstă de 53 de ani cu dureri de cap și tulburări circulatorii).

Tulburările prezentate în legătură cu capacitățile actuale se pot dezvolta în baza disonanțelor tipice:

în interiorul capacităților secundare (poți fi harnic, dar nu și ordonat);

în interiorul capacităților primare (poți avea încredere în ceilalți, dar nu și în tine însuți);

în relația dintre capacitățile primare și secundare (poți fi ordonat, dar nu și răbdător).

Rezumat: Juxtapunerea diferitelor modele axiologice ale capacităților actuale în relațiile interumane și, adesea cu mai multă claritate, în problematica transculturală, necesită înțelegerea conceptelor aflate la baza conflictelor. Acestei înțelegeri i se opune înclinația, datorată propriei socializări, de a absolutiza anumite capacități actuale. Este necesară deci disponibilitatea de a identifica în relațiile sociale relativizarea evaluării capacităților actuale. Potențialele conflictuale nu se află numai în interacțiunea, în juxtapunerea dintre diferitele modele ale capacităților actuale, ci și în înseși capacitățile actuale: supraaccentuarea unilaterală a anumitor capacități actuale în defavoarea altora poate duce la conflicte culturale sau la unele legate de sistemul de valori specific unui grup. Din acest punct de vedere, de exemplu tulburările de comportament din copilărie, dificultățile de educație, problemele generaționale, conflictele din relația părinți-copil, tulburările în relația de cuplu, altercațiile profesionale, episoadele nevrotice și tulburările psihosomatice pot fi interpretate ca moduri de reacție la conflicte dintre capacitățile secundare și cele primare și, astfel, drept consecință a lipsei de diferențiere.

Microtraume

În mod normal, te aștepți ca o persoană care suferă de tulburări psihice să fi trecut printr-o experiență îngrozitoare, înspăimântătoare, zguduitoare. Dacă individul în cauză nu poate dovedi cumva această experiență, atât laicii, cât și medicii vor tinde să îl considere pe suferind ipohondru, simulant, psihopat sau alienat.

Analiza diferențială, dimpotrivă, indică o stare de fapt, care poate fi cel mai bine clarificată în baza unui exemplu din neurologie: Se știe că, pentru un boxer, o lovitură knock-out este câteodată mai puțin periculoasă decât o serie de lovituri în cap, care provoacă microtraume.

Transpunând acestea în dezvoltarea psihică, putem spune că microtraumele sau, în termeni pozitivi, microexperiențele, ne modelează obișnuințele. Pavlov scrie astfel: „Este evident că educația noastră, procesul nostru de învățare, orice formă de disciplină și multele noastre obiceiuri sunt serii lungi de reflexe condiționate“ (1953, p. 33)

Astfel de „lovituri în cap“, deci microtraumele, sunt aplicate continuu atât în educație și în relația de cuplu, cât și în viața profesională. În sens psihologic, experiențele unilaterale repetitive de învățare constituie microtraume. Cum ar fi de exemplu pretenția permanentă a părinților vizavi de ordine, curățenie, politețe etc., dar și accentuarea unilaterală a performanțelor intelectuale sau fizice sau legătura prea strânsă cu o persoană de referință etc. Chiar dacă poate că aceste pretenții sunt componente necesare ale educației, ele pot avea un caracter vătămător, în special dacă sunt dublate de sentimente ale unei stimei de sine scăzute, de angoase din copilărie, de amenințări, de retragerea iubirii sau de pedepse fizice.

„Când nu era curat la mine în cameră, mi se spunea: „Nu te mai iubesc!“. Aceste cuvinte îmi provocau o frică teribilă. Azi sunt mai mult decât pedantă și intru de aceea adesea în conflict cu soțul și cu copiii mei“ (femeie în vârstă de 39 de ani, constipație cronică și tulburări ale somnului).

Aici sunt resuscitate, prin asemenea microtraume, puncte „sensibile“ sau „slabe“, care devin potențiale conflictuale. Adesea, partenerul recunoaște mai mult sau mai puțin conștient aceste puncte slabe, folosindu-se de ele ca ținte ale agresiunilor sale. Astfel se poate ajunge, pornind de la un conflict exterior actual, uneori dintr-un motiv aparent nesemnificativ, la o zdruncinătură tocmai în sfera personalității, care, datorită microtraumelor descrise, este deosebit de vulnerabilă în fața lor.

Psihoză afectivă?

„Sufăr de depresii puternice și de atacuri de panică. De trei ani mă aflu în tratament medicamentos. Am fost internată într-o clinică psihiatrică timp de șase săptămâni. Puterea mea de concentrare are foarte mult de suferit.

Nu mă înțeleg bine cu prietenul meu. Face anumite lucruri care mă înnebunesc; face lucruri despre care nu citești nici în cărți. (Întrebarea terapeutului: Ce vreți să spuneți prin asta?) Vă puteți închipui, în loc să apese pe tubul de pastă de dinți de jos în sus, el apasă în mijloc…, își lasă lama de ras la nimereală, cum a folosit-o, și eu trebuie apoi să o curăț. După ce merge la toaletă, sunt mereu urme de urină pe capacul closetului. Dacă are diaree și nu trage bine apa, nu curăță closetul în urma lui. Nu folosește niciodată peria de curățat WC-ul. Mi se face scârbă, mă termină lucrurile astea. Numai la asta mă gândesc atunci când îl văd. Un lucru total dement: nu îl interesează ca toaleta să fie curată. Dar, pe de altă parte, nu îi ajunge ca vasul closetului să fie doar spălat, nu, are pretenția de a fi perfect frecat și uscat. M-am gândit uneori, de ce trebuie să fac eu asta, fă-o singur. Dar când văd mereu acea lamă de ras mizerabilă sau toaleta murdară, devin neliniștită și simt că trebuie să fac curat" (asistentă medicală în vârstă de 32 de ani, diagnostic clinic: psihoză afectivă).

Așa-numitele fleacuri sau bagatele sunt potențate în anumite condiții, până când ajung în cele din urmă să aibă consecințe dramatice. Putem exprima acest lucru astfel: „Fleacurile" se înmulțesc prin „diviziune celulară" și nu mai pot fi controlate la un moment dat. Se acumulează până în momentul când conflictul, până atunci latent, se acutizează. Precum apa care nu fierbe imediat, nici conflictele și nici tulburările psihosociale și psihosomatice nu apar din senin, ci au propriile lor povești. Aceste povești sunt transpuse în diferite forme prin intermediul limbajului:

„De ani buni mă enervează acest lucru și sufăr din această cauză". „M-am resemnat între timp". „E mereu la fel". „În curând nu voi mai putea suporta". „I-am spus-o de o mie de ori". „Nu mai are nici un sens". „Pot să fac orice, el tot nu se va schimba". „De mulți ani se tot întâmplă asta". „Întotdeauna am luat greutatea asupra mea". „Niciodată nu puteam să zic nu".

Toate aceste enunțuri indică domenii sensibile și lasă să se întrevadă faptul că unul sau mai mulți parteneri sociali provoacă aceste domenii în mod continuu în direcția microtraumelor. Pentru mulți din cei direct implicați, cauzele generatoare de conflict nu sunt deloc fleacuri, așa cum cred partenerii lor:

„Când vreau să vorbesc cu soțul meu despre problemele pe care le am, el nu mă ascultă cu adevărat și îmi spune că toate acestea sunt fleacuri. Pentru mine ele nu sunt fleacuri. Această indiferență mă înfurie foarte tare"

(profesoară în vârstă de 33 de ani; dureri de cap, conflicte în cuplu, disfuncții sexuale).

O problemă principală a „microtraumelor" o constituie aparenta lor neînsemnătate și presupoziția tacită că asemenea lucruri nu pot lua amploare. Pentru că nu se dorește recunoașterea „microtraumelor" drept cauză suficientă în generarea conflictelor, sunt căutate continuu alte conflicte în spatele lor, care să ajungă cumva mai „în profunzime". În acest obiectiv sunt create legături teoretice relativ complicate, fără a epuiza într-adevăr complet posibilitățile așa-zisei suprafețe. Pot fi observate aici legături și lanțuri asociative, în cadrul cărora are loc o schimbare subită a „fleacurilor" acumulate într-o cu totul altă stare, și anume cea a conflictelor psihosociale și psihosomatice.

Chiar și așa-numitele „macrotraume", evenimentele importante, traumatizante, sunt bazate pe atitudini și așteptări formate la rândul lor tot prin intermediul „microtraumelor", care au slăbit capacitatea de rezistență a omului în legătură cu anumite domenii. Mijloacele de a prelucra moartea unei rude depind așadar în mod esențial atât de experiențele trăite cu acea rudă, cât și de propria viziune față de moarte.

Rezumat: Microtraumele au o funcție potențiatoare. Are loc o trecere de la cantitate (acumularea de experiențe traumatice) la calitate (prelucrare psihosocială și psihosomatică). Microtraumele sunt adăugate domeniului capacităților actuale. Cunoașterea lor constituie o premisă esențială în psihoterapia preventivă.

Prețul corect

Regele Anowschirwan și alaiul său ajunseră, în călătoria lor prin țară, într-o regiune de munte izolată, în care nu se aflau nici măcar colibele sărace ale ciobanilor. Bucătarul regelui se plânse: „Preamărite sultan! Sunt aici pentru a-ți bucura stomacul. Numai că în cortul destinat bucătăriei nu se află nici cel mai mic grăunte de sare, fără de care orice fel de mâncare are un gust fad și scârbos. Preamărite sultan, ce să fac?" Anowschirwan replică: „ Întoarce-te în următorul sat. Acolo găsești un negustor care oferă spre vânzare și sare. Fii atent să plătești prețul corect, nu unul mai mare decât de obicei". „Preamărite sultan", răspunse bucătarul, „În cuferele tale se află mai mult aur ca oriunde altundeva în lume. Ce ar însemna pentru tine dacă aș plăti un preț puțin mai mare decât de obicei? E doar un fleac". Regele îl privi cu seriozitate: „Tocmai fleacurile sunt cele din care se dezvoltă nedreptățile lumii. Fleacurile sunt precum picăturile, care până la urmă umplu o mare întreagă. Marile nedreptăți ale lumii au început ca fleacuri. Du-te așadar și cumpără sarea la prețul obișnuit". (Poveste persană)

Predispoziția conflictuală selectivă

Inima este, datorită mecanismelor de control ale sistemului nervos vegetativ, un instrument foarte fin în măsurarea tensiunilor psihice. Este cunoscută viteza de reacție a inimii vizavi de angoase și tensiuni psihice. În anul 1200 e.n., scriitorul persan Mowlana scrie cum medicul Avicena intuia cu succes, cu ajutorul frecvenței pulsului, tulburările psihice. Noi (vezi Peseschkian, 1975) am încercat să stabilim dacă modificările tipice ale ritmului cardiac pot fi asociate cu inducția sugestivă a capacităților actuale încărcate conflictual. Au fost alese pentru acest experiment cinci perechi de subiecți, în cadrul fiecărei perechi existând un subiect care poseda tocmai acea capacitate actuală încărcată conflictual, care în celălalt subiect nu genera nici un fel de conflict. Modul de procedură este descris prin următoarea pereche de subiecți:

> Pentru un subiect, un angajat în vârstă de 42 de ani, „punctualitatea" era unul din domeniile critice. Așteptarea altora era asociată cu o neliniște interioară; înainte de începutul terapiei psihoterapeutice, apăruseră tahicardii paroxismale (creșteri ale frecvenței cardiace de tipul atacurilor) cel mai adesea în relație cu situații care aveau legătură cu punctualitatea. Figura centrală de referință pentru conflict era mama pacientului.
>
> Într-un alt caz, cel al unei gospodine în vârstă de 32 de ani, „ordinea" era domeniul critic. Dezordinea era resimțită ca o amenințare interioară. Înaintea începutului psihoterapiei își făcuseră apariția tahicardii paroxismale și extrasistole.

În ambele cazuri au fost induse în aceleași condiții „situații legate de punctualitate și ordine". Reacțiile au fost înregistrate cu ajutorul electrocardiogramei (EKG). Angajatului de 42 de ani, la care „punctualitatea" era sursa conflictului, i-a fost simulată o situație de punctualitate încărcată conflictual.

> *Experiment*
>
> „Prin cuvintele mele apare o imagine în fața dumneavoastră. Sunteți acasă și vă aflați în dormitorul dumneavoastră. Vă simțiți bine. Este ora prânzului. Mama dumneavoastră a promis că va ajunge la ora 13 la gara din Wiesbaden. Soția dumneavoastră s-a dus la gară pentru a o aduce pe mama dumneavoastră acasă cu mașina. Se face 13:30. Mama dumneavoastră tot nu a ajuns. De câte ori ați simțit deja că mama vă lasă să o așteptați? Soția dumneavoastră se întoarce fără mamă acasă. Mama dumneavoastră nu a ajuns la timp nici de această dată. Stați acolo și așteptați. Mâncarea s-a răcit. O așteptați pe mama dumneavoastră. Soția devine nerăbdătoare. Mama dumneavoastră iar nu vine la timp. Așteptați. Aveți această imagine clar în fața ochilor. Imaginea nepunctualității și a așteptării devine din ce în ce mai clară. Această imagine se află acum clară în fața dumneavoastră."

În afară de această situație, i-a fost ilustrată în același mod și cu aceeași structură o „situație legată de ordine", în care erau implicate aceleași persoane ca în situația de punctualitate. Cele două instrucțiuni se deosebeau prin urmare numai prin conținuturile implicate. Gospodinei în vârstă de 32 de ani, a cărei sursă conflictuală era reprezentată de „ordine", i-a fost indusă următoarea situație de ordine.

> *Experiment*
>
> „Prin cuvintele mele apare o imagine în fața dumneavoastră. Sunteți acasă și vă aflați în dormitorul dumneavoastră. Vă simțiți bine. Fiica dumneavoastră intră în cameră. Își trântește pur și simplu ghiozdanul pe jos. Fiica dumneavoastră își decojește o portocală și lasă cojile și cuțitul murdar pe masă. Fiica dumneavoastră iese din cameră. Vedeți harababura pe care a creat-o fiica dumneavoastră; pe canapea se mai află și o carte de-a ei. Cojile de portocală sunt împrăștiate pe toată masa. Ghiozdanul se află încă în mijlocul camerei. Vedeți această imagine clar în fața ochilor. Imaginea se află acum clară în fața ochilor dumneavoastră."

Și aici a fost indusă în același fel o situație legată de punctualitate construită în paralel, precum s-a întâmplat înainte cu „situația legată de ordine". EKG-ul și o situație indusă de relaxare, dezvoltată de J.H. Schultz (1970), au prezentat următoarele valori comparative:

Subiectul 1 (m)	Frecvență min.	Subiectul 2 (f)	Frecvență min.
EKG	57	EKG	65
Relaxare	65	Relaxare	70
Situația de ordine (neconflictuală)	62	Situația de ordine (critică)	78
Relaxare	56	Relaxare	58
Situația de punctualitate (critică)	67	Situația de punctualitate (neconflictuală)	63

Frecvența cardiacă în dependență cu ariile atitudinale critice

S-a dovedit a exista o creștere clară, deși încadrată în anumite limite, a frecvenței cardiace tocmai în situațiile care se dovediseră a fi deja critice și înainte pentru fiecare pacient în parte.

În continuare, devine clar faptul că subiecții nu reacționează la fel în toate domeniile conflictuale. Ceea ce pentru un subiect era conflictual, îl lăsa pe celălalt subiect complet rece. Aproape toți subiecții au dovedit în cazul ariilor atitudinale neconflictuale o frecvență a pulsului apropiată de situația de relaxare. O „situație legată de ordine", care în cazul gospodinei în vârstă de 32 de ani a dus la o stare de agitație vădită, nu l-a scos pe angajatul de 42 de ani din starea sa pasivă, la fel cum nici gospodina nu s-a simțit iritată de „situația legată de punctualitate", însă aproape că „a sărit în sus" imaginându-și o situație analogă legată de ordine.

Rezumat: Și aici pot fi identificate indicii legate de originea și semnificația neînțelegerilor în relațiile interumane, căci capacitățile actuale sunt evaluate diferit de individ în parte, atât din punct de vedere rațional, cât și emoțional și fizic.

Semnificația capacităților actuale

Încercarea de a vedea omul nu doar în mod negativ, din perspectiva tulburărilor sale, ci și pozitiv, sub aspectul capacităților sale, este veche și este întâlnită deja la Platon, care descrie capacitățile existente în om prin cele patru virtuți: dreptate, cumpătare, curaj și înțelepciune. Filosofii orientali vorbesc într-o manieră asemănătoare despre virtuți: iubire, dreptate, putere și înțelepciune. Psihoterapia mai nouă ia de asemenea în considerare diferite domenii în care se pot dezvolta caracteristici și capacități umane.

În literatura psihoterapeutică și medicală pot fi întâlnite în special în cazul tulburărilor de comportament și psihomatice, al nevrozelor și psihozelor, suficient de multe indicii care trimit la capacități actuale: După S. Freud (1940) ordinea, chibzuința și încăpățânarea sunt produse de dresura din faza educației sfincteriene din stadiul anal. C. G. Jung (1940), F. Künkel (1962) și V. Frankl (1959) accentuează semnificația credinței. E. Fromm (1971) vorbește despre speranță. A. Mitscherlich (1967) ridică problema nevoii și a motivației de performanță. R. Dreikurs (1970) pune în legătură succesul, prestigiul și precizia cu problemele educaționale. G. Bach și H. Deutsch (1962) indică asupra importanței unei relații deschise (sinceritate) în cadrul cuplului. E. H. Erikson (1971) formulează o scală graduală a virtuților formate în conformitate cu diferitele stadii de dezvoltare ale omului și cu maturizarea funcțiilor psihice. El numește speranța, voința, perseverența și hărnicia ca virtuți care se dezvoltă în copilărie, fidelitatea ca virtute a tinereții, și iubirea, grija și înțelepciunea ca virtuți centrale ale vieții adulte. În operele sale mai timpurii (1966), el a construit o diagramă epigenetică, în cadrul căreia fiecărui stadiu al dezvoltării îi era asociată o anumită capacitate:

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
senzo-rio-oral	muscu-lar-anal	locomo-tor-genital	latență	pubertate și adoles-cență	vârsta adultă precoce	vârsta adultă mijlocie	vârsta adultă tardivă
încredere versus neîncre-dere	autono-mie ver-sus ruși-ne și îndoială	inițiativă versus senti-mente de culpabili-tate	perfor-manță versus senti-mente de inferiori-tate	identitate versus confuzie de roluri	intimitate versus izolare	generati-vitate versus stagnare	integra-rea eu-lui versus disperare

Diagrama epigenetică; modificată după E. H. Erikson (1966)

H. E. Richter (1976) se referă indirect la capacitățile actuale, atunci când formulează: „Adesea credem că am asimilat definitiv anumite idei și principii — și nesocotim poate faptul că nu putem fi siguri de ele decât atâta timp cât se suprapun în același timp cu normele mediului înconjurător actual, de a cărui recunoaștere protectoare depindem cu toții".

R. Battegay (1971) accentuează relevanța contactului și a politeții: „Noi nu iubim un om în sine, ci felul său de a se raporta la lumea care îl înconjoară și la valorile acesteia, felul său de a cultiva relații". Anna Freud relevă calitățile Supraeului, precum sinceritatea, dreptatea etc. Ea scrie: „(…) găsim în literatura analitică descrieri legate de caracterul obsesiv, în care trăsăturile și tendințele manifeste, precum ordinea, puritatea, chibzuința, nehotărârea, colecționarea etc. își trădează originea, provenită din reprimarea impulsurilor din stadiul anal al dezvoltării. Nu este de conceput de ce acestei experiențe timpurii nu i-ar urma multe altele asemănătoare și de ce suprafața psihică nu ar deveni în acest fel în mod progresiv transparentă." (A. Freud, 1965, p. 25).

Metodele psihodiagnostice, precum testele, chestionarele și metodele proiective, se raportează din punctul de vedere al conținutului tot la capacitățile actuale. Ele abordează capacitățile actuale parțial marginal, drept conținuturi ale trăsăturilor cercetate, parțial ele însele scot în evidență anumite capacități actuale ca factori relevanți din punct de vedere diagnostic. Un exemplu în acest sens îl constituie întrebările de

control, care au ca obiectiv verificarea sincerității respondentului și, prin urmare, validitatea enunțurilor sale (de ex.: Nu spun întotdeauna adevărul). Alte întrebări se referă de exemplu la „contact“ (Am numai puțini prieteni buni), la politețe (Îmi vine greu să am păreri divergente față de prietenii mei) și conștiinciozitate (Tind să fiu foarte conștiincios). Aceste exemple de itemi au fost extrase din Inventarul de Personalitate Freiburg (IPF). Descrierile testelor proiective, în special cele ale testului aperceptiv al lui Murray, în care trebuie inventate povești pe baza unor imagini cu mai multe înțelesuri, conțin de asemenea capacități actuale, cărora nu li se acordă însă în cele mai multe cazuri o atenție sistematică în cadrul interpretării.

Tabelul V: Imaginea nu îmi spune prea multe. Arată ca o femeie în vârstă de 40 de ani, care se uită în camera mamei bolnave să vadă dacă e totul în ordine (contact, ordine). Femeia este puțin nerăbdătoare, pentru că mama a bătut de mai multe ori în ușă în timpul zilei. Nu își arată însă nerăbdarea (răbdare, politețe, sinceritate).

Testele de competență și de inteligență țintesc anumite capacități secundare (conștiinciozitate, precizie, hărnicie/performanță) și abordează aceste capacități actuale cu un grad înalt de diferențiere. În ceea ce privește întrebările specifice, ca de exemplu cele legate de capacitățile de competență profesională, vor fi luate în considerare anumite capacități actuale cu un înalt grad de diferențiere, unde firește că această diferențiere este plătită cu un mod de abordare unilateral. Diferența esențială între asemenea teste și inventarul analitico-diferențial este că IAD încearcă să includă ariile conflictuale relevante pentru întreaga personalitate din perspectivă psihoterapeutică și psihoigienică, în timp ce testele speciale cuprind numai anumite arii ale capacităților actuale, în măsura în care acestea sunt necesare construirii întrebărilor specifice.

Nu există carte de psihoterapie, de medicină psihosomatică, de psihologie socială, de psihiatrie sau de pedagogie în care să nu fie făcută într-un fel sau altul o legătură, fie ea directă sau indirectă, cu capacitățile actuale. Capacitățile actuale la care se face referire se află parțial în raport teoretic direct, parțial sunt utilizate spontan și fără o recunoaștere teoretică explicită. În următoarea descriere statistică a fost redat numărul menționării capacităților actuale în indicele a 14 cărți actuale de psihoterapie, psihiatrie, psihologie socială și pedagogie.

Chiar dacă acestei perspective îi poate fi atribuită o valoare informațională relativ scăzută — luarea în considerare a capacităților actuale apărute în indice nu corespunde în toate cazurile frecvenței efective de apariție în cărți — acest tabel ne oferă totuși o serie de indicii. Fiecare din acești autori folosește o varietate mai mică sau mai mare de capacități actuale. Deosebit de des (10 numiri sau mai multe) sunt po-

Capacitățile actuale	Dreikurs	Ammon	Loch	Schulte/ Tölle	Richter	Cremerius	Balint	Bachmann	Clauser	Mann	Wolpe	Meyer
Punctualitate						x						
Curățenie		xx							xxx			
Ordine	x			x								
Supunere	x			x	x	x		x	xx	xx		
Politețe	x					x	x		x			
Sinceritate			x	x	x			x				x
Fidelitate												
Dreptate									x			
Hărnicie/Performanță	x	xx	xx	xxxx	xx	x	xx	x	xxxx	xx		
Chibzuință						x			x	x		
Seriozitate										xx		
Precizie									x			
Conștiinciozitate						x	xxxx	x	xxxx			
Dragoste		x	xx	x	x	x	xx	x	xxx			x
Model		xx	xxxx	x	xxx							x
Răbdare	x				x	x						
Timp	x		x			xx	xxx	xxx	xxxx	xxxx	x	x
Contact	x	xxxx	xxx	xx	x	xxxx	xx	xxx	xxxx		xxxx	xx
Sexualitate		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xx			xx			x
Încredere	x		x		x							
Încredere în sine	x		x					x				x
Speranță									x			
Credință				xx		x			x			
Dubiu			x									
Certitudine												
Unitate			x									

menite: Hărnicia/performanța (Psihiatrie: Schulte/Totte; pedagogie: Clauser); Iubirea (terapia de grup orientată psihanalitic: Balint; pedagogie: Clauser); Modelul (psihanaliza: Loch); Contactul (psihanaliza: Ammon; Balint; pedagogie: Clauser; psihologie socială: Mann); Sexualitatea (psihanaliza: Ammon, Loch, Richter, Cremerius; psihiatrie: Schulte/Tölle; pedagogie: Clauser; terapie comportamentală: Wolpe). (x) semnifică 1–3 pomeniri, (xx) 4–6 pomeniri, (xxx) 7–9 pomeniri, (xxxx) 10 pomeniri sau mai multe. (v. pagina anterioară)

Această descriere permite două reflecții: (a) anumite capacități actuale sunt menționate cu preferință față de celelalte; (b) menționarea capacităților actuale depinde în mod aparent atât de orientarea tematică, cât și de orientarea teoretică a autorului.

Legătura sistematică a acestor componente de conținut nu va fi însă deloc elaborată. În acest context devine vizibilă o anumită problemă, care trece de simpla străduință către completitudine. Selecția arbitrară a anumitor trăsături și categorii atitudinale reflectă destul de nemijlocit ideile normative ale unei societăți, ale unui grup, ale individului sau ale cadrului de referință teoretic. Cu alte cuvinte: Prejudecățile comune existente într-un grup sunt preluate de instrumentul descriptiv. Această unilateralitate poate fi redusă prin scoaterea în evidență a faptului că descrierea capacităților umane nu pornește numai de la normele valabile într-o singură cultură, ci că ea implică o multitudine de sisteme culturale diferite, specifice fiecărui grup.

Rezumat: În literatura medicală, psihologică, pedagogică și psihoterapeutică se revine mereu asupra capacităților actuale ca unități ale comportamentului, și totuși aceste capacități actuale rămân izolate. Abia grație analizei diferențiale s-a reușit în mod sistematic scoaterea în evidență a capacităților actuale drept categorii comportamentale și atitudinale cuprinzătoare.

Funcțiile capacităților actuale

Capacitățile actuale au o multitudine de funcții: din domenii precum cel juridic, cel sociologic, cel teologic, cel psihologic până în cel medical, psihiatric și psihoterapeutic. Următoarea enumerare oferă astfel numai unele, deși esențiale, din conținuturile semnificative și de aceea poate fi în continuare completată.

Capacitățile actuale sunt concepute drept *capacități* și *posibilități de evoluție*. Ele își dobândesc diferențierea și conturul datorită mediului extern. Astfel încât tulburările din cadrul capacităților actuale nu sunt

înnăscute, ci dobândite. Tradiția anumitor valorizări a capacităților actuale de exemplu în cadrul unei familii lasă impresia că aceste moduri de comportament ar fi moștenite. Se ajunge deci ușor la o confuzie între înnăscut și dobândit.

Capacitățile actuale sunt *categorii descriptive*. Atitudinile și modurile de comportament pot fi descrise în mod adecvat din perspectiva conflictelor interumane și psihice interne prin conceptele capacităților actuale.

Capacitățile actuale sunt *constructe ipotetice* la un nivel mediu de abstractizare. Ele nu pot fi observate nemijlocit, ci sunt deduse din comportamentul concret, situativ. Se ține seama de faptul că un comportament nu este compus numai dintr-o sumă a modurilor de comportament, ci că el include și reguli, care acționează ca o frână asupra sa. Tocmai aceste reguli trebuie să fie descrise prin capacitățile actuale din punctul de vedere al importanței lor psihosociale. Capacitățile actuale se deosebesc de constructele abstracte de un nivel superior (de exemplu Supra-Eu, inconștient) mai ales prin faptul că ele sunt controlabile empiric.

Capacitățile actuale pot fi, în declanșarea de conflicte și boli, atât *cauze* cât și *declanșatori*. În calitate de cauze, ele provoacă în mod direct o modificare a comportamentului, a sistemului vegetativ funcțional etc. Ca declanșatori, ele declanșează un proces psihofiziologic, care se desfășoară apoi independent de influențele externe. Exemple în acest sens le constituie legăturile psihosomatice, unde de exemplu o tensiune permanentă în domeniul hărnicie/performanță sau chibzuință cauzează apariția unui ulcer stomacal.

Capacitățile actuale sunt *norme sociale și colective*, redate prin legi și care reglementează în calitate de convenții comportamentul indivizilor din grupul lor social. În această calitate, ele sunt considerate din punct de vedere normativ drept obligatorii de către religie, ideologii și instanțele juridice. Nerespectarea lor este pedepsită prin sancțiuni corespunzătoare. Capacitățile actuale nu sunt văzute în analiza diferențială din perspectivă normativă, ci sub aspectul analizei critice. Deci nu este vorba aici de cimentarea unor norme, ci de chestionarea lor cu privire la semnificația actuală pe care o dețin în viața individuală și de grup.

Capacitățile actuale sunt *variabile de socializare*. Există în toți oamenii și în toate culturile. Numai contururile lor relative le deosebesc transcultural, transgrupal sau individual unele de celelalte. Ele sunt conținuturi ale educației și sunt mijlocite către membri corespunzător cu nevoile societății respective. De exemplu societatea industrială se bazează pe un model caracteristic de punctualitate, precizie, ordine,

hărnicie și seriozitate, căreia pe de altă parte îi corespunde o anumită neglijare a domeniului capacităților primare.

Capacitățile actuale sunt *stabilizatori de rol*. Fiecare rol social este caracterizat printr-un model propriu al capacităților actuale. Pentru că fiecare individ poate adopta roluri diferite, el dispune, în afară de modelele depedente de personalitatea sa, și de o sumă de modele atitudinale și de comportament depedente de aceste roluri. De cele mai multe ori aceste două domenii se suprapun și se află într-o strânsă legătură. Vor fi apărate energic anumite capacități actuale în cazul unei atribuiri de rol, care din punct de vedere subiectiv poate fi valoros pentru individ, respectiv poate deține un prestigiu social relativ ridicat.

Capacitățile actuale sunt *caracteristici de grup*. La fel cum studenții școlilor și universităților renumite poartă insigne și pulovăre cu emblema universității, așa și noi toți purtăm la vedere forme specifice cultural ale capacităților actuale respectiv filtrăm comportamentul celorlalți prin judecăți de valoare corespunzătoare, caracteristice unui grup, după motoul: Cine se poartă astfel e unul din noi, cine se poartă altfel nu poate aparține acestui grup. Capacitățile actuale devin astfel caracteristici ale *in-group*-ului sau ale *out-group*-ului.

Capacitățile actuale sunt *apropiate de Eu* și imediat inteligibile. Ele constituie într-o anumită măsură controverse, căci pe de o parte provoacă asociații foarte personale, pe de altă parte însă sunt relativ ușor de comunicat. În primul rând, conceptul capacităților actuale nu depinde de stratul social din care face parte individul. Terapeutul se poate exprima inteligibil și în fața membrilor altor straturi sociale, și pacientul poate avea la rândul său sentimentul că terapeutul îl înțelege pe el și problemele sale. Analiza diferențială ar putea contribui astfel la promovarea egalității de șanse cel puțin în cadrul psihoterapiei.

Capacitățile actuale pot servi drept religie-surogat pentru experiență. Absolutizând, ele sunt scoase din contextul echilibrului lor funcțional și aduse în centrul imaginii asupra lumii și a omului:

> Ordinea e viața mea; Sunt Cineva numai dacă am succes; Omul și animalul se deosebesc prin organizare și succes; Nu dau doi bani pe oamenii neserioși; Nu mai pot rămâne în firmă, colegul meu e atât de grosolan; Nu am dat bacalaureatul, pentru că nu puteam să suport nedreptățile profesorului meu.

Mijlocul și obiectivul sunt aici confundate. Anumite capacități actuale pot fi înălțate la rangul de sens al vieții. Speranța și încrederea sunt bazate astfel pe anumite capacități actuale selective. Dacă acestea se dovedesc a fi dezamăgitoare, se pierde și sensul vieții odată cu ele; încrederea și speranța se transformă în neîncredere și în disperare: „Nu mai văd nici un sens în viață, după ce soțul m-a înșelat în halul ăsta“ (fidelitate, speranță, încredere).

Capacitățile actuale servesc în diferite situații drept *mascări*. În anumite cazuri pare a fi necesară simularea unor capacități actuale, pentru a atinge un obiectiv. Simularea nu se petrece întotdeauna în mod conștient. Un exemplu în acest sens îl constituie politețea și tandrețea unui logodnic, care după căsătorie se transformă într-un pașă egoist și autoritar.

Capacitățile actuale pot servi drept *arme* și mijloace de apărare. Rezonanța afectivă a capacităților actuale le transformă într-o armă unică:

> Pentru că mă enervezi cu dezordinea ta, nu trebuie să fiu politicoasă față de tine; pentru că mă agasezi cu nerăbdarea ta, te voi lăsa să aștepți; pentru că ești leneș și neascultător, îți cerem să speli coridorul; pentru că îți faci atât de puțin timp pentru mine, nu pot să fiu tandră față de tine.

Într-o astfel de situație nu observăm că ne purtăm sadic, în sensul clasic al cuvântului, față de celălalt. Simțim satisfacție în pedepsirea și suferința celuilalt. Vârful armei „capacități actuale“ poate fi îndreptat și spre propria persoană, ducând la trăiri încărcate de plăcere sau de neplăcere:

> Din politețe nu îi spun unui musafir apărut pe neașteptate că am imediat o întâlnire importantă; din lipsă de sinceritate las să treacă o întâlnire valoroasă și mă supăr pe musafirul meu și pe mine însumi.

Alții dezvoltă un talent demn de admirat de a întârzia în mod cronic la întâlniri sau de a le rata, atrăgând astfel pedeapsa asupra lor.

Capacitățile actuale sunt *conținuturi ale atitudinilor*. Ele cuprind astfel atât componente ale percepției și gândirii, cât și ale afectivității și comportamentului. De aceea se propune, pentru asimilarea și modificarea formelor capacităților actuale, folosirea modelelor asemănătoare celor valabile în cazul dezvoltării și modificării atitudinilor, precum și al teoriilor legate de interacțiune și comunicare. Astfel de teorii sunt: teoria consistenței cognitiv-afective (Rosenberg, 1960), teoria disonanței cognitive (Festinger, 1957), teoria atitudinilor funcționale (Katz și Stotland, 1959) sau teoria schimbului (Thibaut și Kelley, 1959).

Capacitățile actuale sunt *eficiente psihodinamic*. Ele se află în legătură cu categorii psihanalitice, precum Supraeul sau Eul ideal, categorii ale psihologiei abisale, precum sentimentul stimei de sine, sentimente

de inferioritate și categorii ale terapiei comportamentale, precum comportament dezirabil sau indezirabil.

Capacitățile actuale ne oferă *indicii diagnostico-diferențiale* suplimentare și fac posibile, în baza cunoașterii domeniului conținuturilor conflictuale, noi modalități în educație, în auto-ajutorare, în psihoigienă și în psihoterapia centrată pe conflict.

Capacitățile actuale, definiția lor, aspectele dezvoltării lor, sinonimele, tulburările și reglatorii comportamentali pot fi găsite în index. Referitor la demersul practic, noi am încercat, sub motoul „cum o/îl recunoști", să operaționalizăm diferitele capacități actuale prin întrebări-cheie.

3

Capacitățile de bază

Ce au toți oamenii în comun?

Cel care aduce soarele

La ferma de păsări, cocoșul se îmbolnăvi atât de grav, încât nimeni nu se mai putea gândi că va cânta a doua zi. Găinile își făceau multe griji și se temeau că soarele nu va mai răsări dimineața, dacă nu va fi chemat de cântecul domnului și stăpânului lor. Găinile chiar credeau că soarele răsare numai la cântatul cocoșului. Dimineața următoare le vindecă de superstiția lor. Într-adevăr, cocoșul rămase bolnav, prea răgușit pentru a putea cânta, însă soarele răsări; nimic nu îi influențase cursul. (Poveste persană)

La fel cum grăuntele de sămânță posedă o sumedenie de capacități, care se dezvoltă în contact cu mediul, de exemplu cu solul, cu ploaia, cu grădinarul, așa își dezvoltă și omul capacitățile în strânsă legătură cu mediul său înconjurător. Termenului de analiză diferențială îi stă la bază concepția că orice om, fără excepție, posedă două *capacități de bază*, *capacitatea de cunoaștere* și *capacitatea de iubire* (afectivitate). Aceste două capacități de bază se află pe post de categorii rezumative în spatele capacităților primare și secundare. Ele nu constituie numai din punct de vedere formal etapa mai înaltă de abstractizare a capacităților actuale, ba, mai mult, ele prezintă totalitatea capacităților umane într-un stadiu încă nediferențiat, „(…) precum este ascunsă flacăra în lumânare și precum razele luminii există numai ca potențialități în lampă" (Baháúlláh).

Din capacitățile de bază se diferențiază de-a lungul dezvoltării istoriei de viață individuale contururile capacităților actuale, pe care noi le considerăm apoi trăsături personale și inconfundabile. În ciuda diferențierii rezultate apoi în capacitățile actuale, noi deținem o mulțime inestimabilă de posibilități evolutive, care se raportează la capacitățile de bază.

Capacitățile actuale depind de condițiile istorice, sociale și individuale. Dimpotrivă, capacitatea de cunoaștere și cea de iubire aparțin

de esența fiecărui individ. Aceasta nu înseamnă altceva decât: *Omul este în esență bun*. Acest lucru este valabil indiferent de rasa căreia îi aparține un individ, deci dacă el este negru, galben, roșu sau alb, indiferent de clasa socială căreia îi aparține datorită relațiilor economice, și indiferent de tipologia psihologică în care se încadrează, fie că este inteligent, extravertit, introvertit, schizotim sau ciclotim. *Nu numai persoanele sănătoase posedă capacități de bază, ci și cele bolnave, ale căror funcții fizice, psihice și intelectuale sunt tulburate*. Acest lucru este valabil chiar și în cazul alienaților mintali, a căror personalitate este puternic afectată. Cazul lor este asemănător cu cel al bolnavilor cu afazii de vorbire, care sunt într-adevăr capabili să înțeleagă o limbă și să gândească într-un limbaj, dar la care funcțiile organice necesare exprimării sunt tulburate și nu își pot realiza de aceea capacitatea de vorbire.

Această imagine poate fi bine transpusă în cazul alienaților mintali. Persoanele autiste, care renunță la aproape orice contact social și care trăiesc închise în ele însele, posedă capacitatea de cunoaștere și de iubire în aceeași măsură ca și schizofrenul catatonic, rigid și lipsit de orice expresie sau ca așa-numitul psihopat fără suflet.

Tulburările nu au nici o legătură cu capacitățile de bază

Nu există oameni răi. Când nu putem să suferim o anumită persoană, aceasta poate fi din cauză ca ea arată altfel decât ne-am dorit noi, că are o altă culoare a pielii, o altă expresie a feței și anumite trăsături fizice pe care noi nu vrem să le acceptăm. Când desconsiderăm o anumită persoană, ne distanțăm de ea și ne enervează, aceasta poate fi din cauză că nu e de aceeași părere cu noi, nu este suficient de politicoasă față de noi, ne lasă să o așteptăm, este neserioasă și are anumite pretenții de comportament de la noi, pe care le resimțim ca fiind incomode sau neobișnuite. Când nu ne place un anumit individ, aceasta poate fi din cauză că ne-a dezamăgit cândva, că alții au avut experiențe neplăcute cu el sau că nu mai avem încredere în el. Totuși, nu putem detesta omul urât, pentru că este urât, omul nepoliticos, pentru că este nepoliticos și omul neserios din cauza neseriozității sale. Unii oameni, care în ochii noștri sunt urâți, apar frumoși în ochii altora. Unii oameni, care nouă ne par nepoliticoși, nu au învățat încă politețea așa cum o înțelegem noi. Unii oameni, cărora noi le-am retras încrederea, merită încrederea noastră în alte domenii și într-un alt timp. Nici gradul de civilizație atins nu are nici o legătură cu esența omului. *Strămoșii noștri nu cunoșteau hainele, își foloseau mâinile în locul tacâmurilor, nu cunoșteau closetul cu apă, nu mergeau nici la școli, nici la universități și totuși erau oameni și în ciuda tuturor diferențelor istorice ne sunt asemănători, precum și oamenii de acum, care se află la un alt nivel de dezvoltare și care susțin alte norme*. Și noi abia am învățat de exemplu ce sunt curățenia și punctualitatea, pe care azi le susținem și, împreună cu ele, și situațiile de conflict pe care ele le implică.

Din cauza diferitelor condiții, fie de natură fizică, fie condiții deosebite de mediu extern, un individ nu poate găsi accesul favorabil către capacitățile sale. Cu siguranță există cazuri în care funcția organică favorabilă exprimării capacităților de cunoaștere și de iubire este într-atât de blocată încât în ciuda tratamentelor celor mai costisitoare nu poate fi înregistrată nici o îmbunătățire a stării. Totuși nu este nici logic, nici admisibil a conchide că, din tulburarea funcției organice și a prognozei aparent fără perspectivă, poate rezulta o absență totală a capacităților de bază. Lipsa de perspectivă nu este numai funcție a tulburării, ci în același timp și acel leac condiționat istoric, pe care îl avem la dispoziție. O decizie în sensul judecății diagnostice necesită astfel nu arareori curajul terapeutului de a părăsi podestul „obiectivității“ și de a recunoaște: *Nu pot să îl ajut încă, în loc de a spune: Nu poate fi ajutat*.

Părăsim astfel planul observației nemijlocite și mergem către planul constructelor, care deși nu sunt observabile în sine, sunt totuși deductibile. Atunci când vedem lumina produsă de o lampă electrică, noi nu o vedem decât pe ea, nu și cauza sa, curentul electric. Pe el îl putem deduce abia prin efectele sale.

Rezumat: În acest sens înțelegem noi capacitățile de cunoaștere și de iubire ca dispoziții caracteristice fiecărui om, fără excepție, care necesită actualizare și diferențiere. Toate celelalte capacități pot fi derivate din aceste două capacități de bază sau pot fi înțelese ca expresii ale diferitelor combinații din capacitățile de bază, putând fi aplicate în diverse situații de viață. Ambele capacități de bază se află într-o legătură funcțională. Dezvoltarea proporționată a unei capacități o sprijină și îi ușurează dezvoltarea celeilalte.

Fiecare om posedă capacități de bază care îi oferă o gamă largă de posibilități. Aceste capacități de bază se vor diferența și vor conduce la o structură inimitabilă de trăsături în funcție de condițiile corpului său, ale mediului înconjurător și ale timpului, în care individul trăiește.

Capacitățile de bază în literatura de specialitate

Principiul capacităților de bază se regăsește în literatura de specialitate sub mai multe forme. Toate conceptele științifico-umane conțin direct sau indirect mărimi de bază sau capacități de bază, din care de-

rivă comportamentul sau percepția. Pentru unele curente acestea sunt impulsurile, pentru altele capacitatea de a învăța, iar pentru alte curente mărimile emoționale cum ar fi „motivul endotim". Pe lângă acestea, felul și evaluarea fiecărei capacități de bază în parte corespunde tipologiei umane, care stă la baza lor.

S. Freud, care privește instinctul sexual și cel al agresivității ca fiind capacitățile de bază prioritare, descrie tipologia umană în următorul fel: „Evoluției umane de până în prezent nu îmi pare a-i corespunde o altă explicație decât cea a animalelor" (vezi Maeder, 1947).

Faptul că reflexologul Pavlov își definește în mod asemănător tipologia umană pare a fi o glumă în lanț a istoriei psihologiei: „Prin tot ce am introdus cu ajutorul lecțiilor anterioare, nu mai poate fi contrazis faptul că principiile generale ale activității superioare a nervilor… sunt aceleași atât la animalele superioare, cât și la oameni" (1953, p. 329).

Aceste constatări nu sunt numai constatări neutre valoric sau păreri rezervate ale oamenilor de știință. Privite la modul cel mai serios, ele nu se bazează pe fapte, ci pe tipologia umană ce s-a format într-una dintre cele mai mecanizate epoci. Întrebarea, dacă pentru oameni și pentru animale sunt valabile aceleași legi, are o importanță mai puțin teoretică sau filosofică dar considerabil mai mare practică. Se ridică aici întrebarea drept ce anume trebuie privit omul, cum poate și trebuie să fie tratat în consecință și ce fel de posibilități de evoluție îi sunt atribuite sau inaccesibile. Tipologia umană presupune astfel consecințe considerabile pentru educația, pentru relația cu omul în general, pentru relațiile interumane, cât și pentru psihoterapie. Cele două capacități de bază ale analizei diferențiale pot fi deduse în urma comportamentului omului, mult mai cuprinzătoare în termenii capacităților actuale. Comportamentul ce poate fi observat funcționează ca simptom (Guilford, 1965) pentru dispozițiile universale sau trăsăturile dominante (Allport, 1949).

W. Stern (1923) vorbește despre „cauzalități potențiale de durată", care datorită actualizării și diferențierii necesită „convergențe cu lumea". *D.C. Jordan* și *D.T. Streets* (1967) afirmă în Modelul Anisa, dezvoltat de ei, având la bază religia Bahai: „Cunoașterea și iubirea sunt (…) capacitățile fundamentale din care derivă diferențierea tuturor celorlalte capacități." Pornind de la concepția pedagogică, aceștia atribuie celor două puteri fundamentale, Cunoaștere și Iubirea, următoarele categorii de creștere: dezvoltarea psihomotorie, perceptivă, cognitivă, afectivă, emoțională, morală, volitivă, creativă și estetică, spirituală și lingvistică. Autorii formulează, pornind de la aceste deosebiri, un program pedagogic cuprinzător numit modelul Anisa.

Psihologia clasică întrebuințează deja diferențele fundamentale dintre Cogniție — ce privește percepția și gândirea — și Emoție — ce privește sentimentele și rezonanța afectivă. Alături de comportament, Cognitiția și Emoția sunt în psihologia socială cele mai importante aspecte ale atitudinii. În istoria psihologiei se regăsește această împărțire la trei în triada: A Gândi, A Simți și A Vrea. Poate o serie de teorii nu diferențiază capacitatea de cunoaștere și cea de a iubi, ci întrebuințează un concept care se aseamănă în multe privințe celui al capacităților de bază. Privitor la această idee, *A.P. Weil* (1976) vorbește despre „un străvechi nucleu psihic", iar *Charlotte Bühler* (1969) despre „un nucleu spiritual", ce există încă de la naștere. În analogie cu legătura capacităților de bază și a celor actuale, *H. Ey* (1948) face distincția dintre „ traiectoria personalității" și „nivelul superior al conștiinței", tratând totuși aceste concepte la modul general și concentrându-se pe tulburările patologice. *Weitbracht* privește în mod asemănător „Subsolul" ca pe unul dintre momentele ce produc nevroze. În teoria sa, *S. Freud* se bazează pe dualismul fundamental care se regăsește pe de-o parte în domeniul dinamic al personalității, iar pe de altă parte în constrângerile fizice și cerințele societății ce apasă pe umerii individului. El distinge între principiul plăcerii și principiul realității. Atunci când *E.H. Erikson* (1971a) vorbește despre o ierarhie a virtuților fundamentale (*basic virtues*), și le definește ca pe niște „puteri interioare" sau ca pe niște „calități active", virtuțile acestea reprezintă anumite calități umane de putere, care privite din punctul de vedere al conținutului, sunt mai aproape de capacitățile actuale decât de capacitățile de bază.

1. Ce este capacitatea de cunoaștere?

Capacitatea de cunoaștere înseamnă capacitatea de a învăța și de a instrui. Orice om încearcă să recunoască legăturile existente în lumea reală. El se întreabă de ce un măr cade din copac, de ce crește un copac, de ce răsare soarele, de ce merge o mașină, de ce există boli și suferință. El vrea să afle cine este el cu adevărat, de unde a venit și încotro se îndreaptă. Acestea nu sunt doar întrebări ale filosofiei, ci întrebări care corespund nevoilor fundamentale umane. Caracteristica omului de a pune astfel de întrebări și de a le căuta răspunsuri este expresia capacității de cunoaștere. Din punct de vedere educativ, ea se concentrează asupra transmiterii de cunoștințe.

Capacitatea de cunoaștere se compune din cele două capacități de a învăța și de a instrui, ce se completează una pe cealaltă, și anume capacitatea de a aduna experiență și de a o transmite mai departe. Dez-

acordul dintre a învăța și a instrui generează o sursă de conflict specială: Dacă dorim să folosim un aparat tehnic complicat, trebuie să învățăm modul de a-l utiliza. Dacă dăm acest aparat altor persoane, este de fapt datoria noastră să-i învățăm, să-i instruim. Dacă nu facem acest lucru, atunci nu ar trebui să fim surprinși în momentul în care ceilalți vor distruge prețiosul aparat datorită întrebuințării necorespunzătoare. Dezacordul dintre a învăța și a instrui produce la rândul lui dezacord, care ocupă tot mai mult loc în educație, în relația de cuplu și relațiile intergeneraționale. *Din capacitatea de cunoaștere derivă alte capacități secundare precum: punctualitatea, ordinea, curățenia, politețea, sinceritatea, chibzuința etc.*

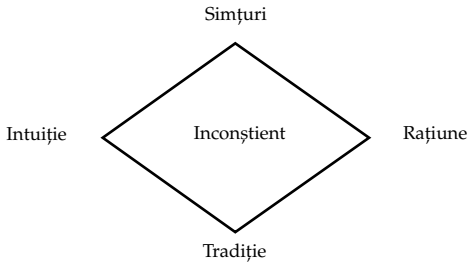
Mediile capacității de cunoaștere

Poate ne întrebăm care ar fi mijloacele care ne sunt la îndemână pentru a dezvolta capacitatea de cunoaștere. Noi deosebim patru medii ale cunoașterii. Acestea sunt considerate pentru fiecare om ca fiind capacități al căror fel și grad de dezvoltare sunt condiționate de mediul înconjurător:

1. Simțurile
2. Rațiunea
3. Tradiția
4. Intuiția

Funcția celor patru medii este condusă mai mult sau mai puțin de către „inconștient“.

Funcțiile model în dezvoltarea celor patru medii ale capacității de cunoaștere



Mediile capacității de cunoaștere sunt criterii sau etaloane ale evaluării, mijloace care creează împreună posibilitățile de experiențe ale omului. Acestea s-au diferențiat pe parcursul dezvoltării și stabilesc în ce fel omul se percepe pe el însuși, cât și mediul înconjurător. Prin aceasta nu este în ultimul rând abordată și chestiunea legată de realitate. În funcție de mijloacele de cunoaștere pe care le posedă o persoană, va percepe și mediul înconjurător. Mediile sunt la rândul lor capacități care, datorită influenței ambientului, pot fi sprijinite, limitate, respectiv dezvoltate unilateral. Acest lucru are loc printr-un schimb dinamic cu capacitățile actuale, care oferă criterii și puncte de evaluare. Invers, socializarea mijloacelor de cunoaștere influențează preferința pentru anumite modele de capacități actuale.

1. Mijlocul Simțurilor: Fiecare om se cunoaște pe sine și mediul înconjurător în mod inevitabil mai întâi prin simțuri. El pipăie, vede, aude, miroase, gustă etc. El posedă simțuri care oferă informații despre starea corpului și a fiecărui organ în parte. Deși contactul cu mediul înconjurător este posibil doar prin simțurile de percepție, trebuie să luăm în considerare că simțurile nu sunt mijloace absolute, ci funcționează parțial și uimitor de imprecis, fiind extrem de expuse erorilor. La începutul dezvoltării sale, copilul intră în contact cu lumea înconjurătoare prin simțuri. Toate activitățile sale sunt controlate de simțuri. De aceea ritmul, de exemplu al somnului și al hrănirii, poate fi important pentru dezvoltarea punctualității.

Informațiile preluate cu ajutorul simțurilor trec prin filtrul valorilor individuale dobândite și sunt evaluate din această perspectivă. O persoană cu aspect murdar nu reprezintă motiv de entuziasm. Mai ales pentru că am aflat pe propria piele că murdăria este ceva rău, iar a fi murdar trezește scârbă, astfel încât avem o reacție de scârbă la vederea unei persoane murdare. Calitățile fiecărui simț în parte pot intra în conflict dacă sunt asociate cu trăiri pozitive sau negative. Astfel, oamenii se panichează dacă cineva li se adresează pe un ton mai ridicat sau dacă țipă la ei. Prima experiență a tatălui care țipă, asociat cu datoria de a fi supus sau cu pedeapsa corporală, sau cererile constante ale părinților de a fi liniștit face ca impresia acustică a zgomotului să fie în mod subiectiv insuportabilă. De astfel de afecțiuni sunt atinse și celelalte calități ale simțurilor. În consecință, se întâmplă ca unii oameni să suporte mirosuri de proveniență diferită, pe când alții resimt la mirosuri speciale, de cele mai multe ori mirosuri corporale, un sentiment puternic de disconfort, chiar fizic. Pe această cale, fiecare simț în parte poate deveni, în funcție de situație, forță represivă redusă, individualizându-se prin semnificația sa.

„Aud constant voci care îmi spun ce porc sunt. Îmi spun lucruri indecente pe care le-aș fi făcut“ (un pacient schizofrenic de 28 de ani). Prin acest exemplu devine clar faptul că prin mediile simțurilor nu se înțelege doar organul simțurilor și căile ce duc către sistemul nervos central, ci și prelucrarea impulsurilor de către nervii centrali, și reacția produsă de aceste impulsuri (activitatea musculară, procesele de secreție, funcțiile organelor). Sistemul nervos central funcționează ca depozit al experiențelor, dar și ca sistem de prelucrare, pe când experiența de a învăța influențează iarăși posibilitățile de prelucrare.

Mediile simțurilor evoluează într-o multitudine de activități și oferte sociale care oferă în același timp contextul caracteristic pentru evaluarea de mai apoi a mediilor simțurilor. Hrănirea, mâncarea, somnul, jocul cu corpul, cu obiecte, cu animale au un rol important, asemeni propriei motricități, mișcării și luării în posesie. Autodescrierea și formarea, activitatea artistică activă sau pasivă exercită de asemenea o influență puternică asupra mediilor simțurilor, care capătă înțeles în relația cu capacitățile actuale de la momentul respectiv. În contextul educației, în care mediile simțurilor sunt puse în prim-plan în dauna celorlalte medii, se conturează consecințe clare în ceea ce privește evoluția corporală-spirituală. Fiecare calitate în parte a simțurilor sau caracteristicile și activitățile corporale devin centrul reprezentării dorinței și a scopului.

> *„Mănâncă mai întâi ceva*!“
>
> „La noi în familie, cine era gras era considerat sănătos. Fiind copil singur la părinți, mama mea mă îndopa cu mâncare ca pe o gâscă. Dacă aveam vreodată probleme, ea spunea: „Mănâncă mai întâi ceva“. (…) De fapt, mereu am simțit nevoia să dorm mult. La ora șapte eram mereu terminată, trebuia să dorm, atunci când alți copii deveneau voioși și nu-i mai putea băga nimeni în pat. (…) În copilărie ne plăcea să jucăm jocuri sexuale, iar această curiozitate era extremă. Părinții ne-au lăsat baltă pe toți în această privință, iar mama mea în mod special. Ne duceam în pădure și ne jucam constant de-a doctorul și leapșa. Ceva mai rezonabil. Altfel nu ne prea jucam. Eram așa de săraci. La noi nimic nu trebuia să fie stricat. Fiind copil, am respectat foarte mult acest lucru. Cred că nu am stricat nimic în viața mea. Se ajungea până într-acolo încât de-abia mai coloram cu creioanele mele de frică să nu se consume și să nu mai am altele. (…)“ (Mijlocul simțurilor, raportat la capacitățile actuale: supunere, politețe, sinceritate, punctualitate, timp, sexualitate, hărnicie, performanță și chibzuință.)

Acest raport provine de la o pacientă în vârstă de 24 de ani, pe nume Betty, studentă la pedagogie, necăsătorită, cu o fiică în vârstă de cinci ani. Betty a început tratamentul psihoterapeutic din cauza depresiilor, iritabilității exagerate, tulburărilor de concentrare și de somn. *În paragrafele următoare vom reveni de mai multe ori la afirmațiile lui Betty.*

Sinonime și exemple: simțul tactil (apăsare, mâncărime, gâdilare, a mângâia, a atinge etc.); simțul olfactiv (a adulmeca, a mirosi, a simți gustul); simțul gustului (a încerca, a gusta, a plăcea, a dezgusta, scârbos, neapetisant, grețos, aromat, delicios, bun la gust); calitățile gustului (dulce, acru, amar, sărat etc.); simțul vizual (a vedea, a observa, a descoperi, a se bucura de o vedere, a percepe un tablou ca fiind respingător etc.); auzul (armonic, dizarmonic, tare, încet, ascuțit, monoton, zgomot, muzică, limbă etc.); simțul echilibrului (a se clătina, senzație de amețeală etc.)

Întrebări specifice: Cine se ocupa fizic mai mult de dumneavoastră, tatăl sau mama? Cine vă mângâia? Se punea mult preț pe mâncare? Cum era stabilită ora culcării? Erau respectate orele de masă? Cum reacționau părinții dumneavoastră atunci când vă jucați cu propriul corp (de ex. sugerea degetului, onanie etc.)? Erați pedepsit/ă fizic? Familia sau prietenii dumneavoastră puneau mult preț pe performanțele fizice precum sportul (sau pe înfățișarea fizică)? Cum erați tratat/ă atunci când vă îmbolnăveați (vă era ignorată boala, erați îngrijit/ă, răsfățat/ă și vi se acorda toată atenția)? Primeați la orice boală fizică imediat medicamente? Se încerca vindecarea cât mai mult posibil bazată pe leacuri preparate în casă? Era de dorit să rămâneți în picioare cât mai mult posibil chiar și în cazul unei îmbolnăviri? Trebuia să vă întindeți imediat în pat? Cine vă îngrijea atunci când erați bolnav/ă?

Rezumat: Aceste întrebări vor fi țintit formulate. De exemplu, unui pacient ce suferă de tulburări ale somnului i se vor pune întrebări legate de ritualul somnului, fiind abordate într-un sens mai larg capacitățile actuale „timp“ și „punctualitate“. De asemenea, în acest cerc de subiecte vor fi incluse și teme precum masturbarea înainte de culcare, cantitatea cinei și activitatea fizică.

2. Mijlocul rațiunii: Rațiunea se bazează pe procesele gândirii. Acestea se referă în cel mai larg sens la funcțiile legate de rezolvarea de probleme, servind astfel la verificarea realității. Rațiunea funcționează ca mijlocitor activ între nevoile și motivele interioare și mediul obiectual și social. Ea devine astfel, prin intermediul limbii, purtătoarea relațiilor interumane. Gândirea ca acțiune de probă (Freud) ajută la estimarea consecințelor unei acțiuni și la compararea cu propria disponibilitate de a risca. Tocmai aici devine clară relația vizavi de capacitățile actuale. Decizi de exemplu când, unde și față de cine trebuie să fii po-

liticos, când, unde și față de cine ești sincer. Sau: ce formă de ordine este potrivită într-un anumit loc și la un anumit moment dat.

„Soțul meu nu ia deloc în serios ordinea acasă. Își lasă lucrurile alandala peste tot acolo unde le pune. Ceea ce admir însă la el este faptul că, din punct de vedere profesional, este cel mai meticulos și ordonat om cu putință, nu face nici o greșeală care ar putea fi cauzată de neglijență“ (soția, în vârstă de 55 de ani, a unui om de știință).

Pentru capacitățile actuale hărnicie/performanță, gândirea și rațiunea constituie funcțiile centrale, căci cele sunt cele care fac posibilă rezolvarea problemelor și optimizarea performanțelor.

Rațiunea, în sensul inteligenței sociale, este acea instanță care poate consulta modelele și conținuturile de comportament învățate cu privire la caracterul lor potrivit timpului. Rațiunea nu oferă însă etalonul absolut de măsură, pe care unii îl speră. Chiar dacă toți oamenii ar fi conduși de rațiune, acest lucru nu înseamnă că ei ar ajunge neapărat la aceleași rezultate. Alți oameni posedă alte premise și motivații personale, care le servesc drept sistem de referință pentru rațiunea lor. Abia atunci când există într-adevăr un consens în ceea ce privește sistemele de referință pot fi exprimate enunțuri cu caracter obligatoriu. Firește, un astfel de consens depășește în general perspectiva rațională. Transpus în sens psihoterapeutic, acest lucru nu înseamnă că enunțurile unui terapeut comportamentalist sau ale unui psihanalist trebuie să fie considerate nepotrivite pentru că par a se contrazice între ele, ci că ele posedă valabilitate în cadrul unui anumit sistem de referință cu anumite cerințe, și că aceste contradicții pot fi rezolvate atunci când se ajunge la un consens în ceea ce privește sistemul comun de referință și cerințele concordante.

Dar rațiunea este dependentă și de dimensiunea timpului, care pretinde continuu de la aceasta transformare și adaptare la condițiile sale schimbătoare.

Atunci când rațiunea este considerată criteriul esențial sau chiar exclusiv al cunoașterii, se ajunge la atitudini tipice asemănătoare. Atunci apare fie o tendință către o asceză inamică simțurilor, fie un scepticism față de intuiție, tradiție și fantezie. Motivațiile legate de performanță și gândirea logico-abstractă pot fi stimulate prin antrenament. Totuși, supraîncărcările pot duce la inhibiții și la tulburări ale contactului interuman.

În timp ce în cazul favorizării funcțiilor simțurilor se spune: „Cred numai ceea ce văd“, aici se spune: „Cred numai ceea ce pot argumenta prin gândire.“ În această categorie intră de exemplu omul de știință

unilateral, tipul managerului și scepticul cronic. Chiar și rațiunea, care pare să se supună în mod primar legilor logicii, se află sub influența capacităților actuale, așa cum și invers, favorizarea sau neglijarea mediului „Rațiune“ lasă să se întrevadă o favorizare a anumitor capacități actuale — într-un caz a celor secundare, în celălalt a celor primare — precum în următorul enunț al lui Betty:

„Dacă mama spune „da“, atunci așa rămâne“

„Făceam mereu ce voia mama. Întotdeauna trebuia să spun da și gata. Uneori voiam să îi pun întrebări legate de ceva anume, dar știam că dacă nu înțeleg, nu mă va ajuta.“ (Mijloace ale rațiunii raportate la capacitățile actuale: supunere, politețe, sinceritate, încredere, încredere în sine.)

Sinonime și exemple: logic, obiectiv, cumpătat, inteligibil, deștept, înțelept, a argumenta, a discuta, a critica, a se confrunta, a deduce, intelect, judecată, prost, cap-sec, mărginit, primitiv, neștiutor, cretin, a fi redus, a-i băga cuiva mințile în cap, a apela la rațiune.

Întrebări specifice: Cu cine puteați vorbi despre întrebările și problemele dumneavoastră (tatăl, mama)? Care dintre părinți se juca cu dumneavoastră? După părerea dumneavoastră, părinții se străduiau să vă răspundă la întrebări? Va puteați adresa părinților în legătură cu problemele pe care le aveați? Cine făcea lecțiile cu dumneavoastră? Vi se explica de ce trebuia să faceți sau să nu faceți un anumit lucru? Atunci când greșeați, părinții vă explicau ce anume greșiserăți sau erați doar certat? Aveați sentimentul că ideile și gândurile dumneavoastră erau recunoscute de către părinți și profesori? Atunci când ceva mergea prost (precum note slabe, întârzieri etc.), cum se comportau părinții dumneavoastră, le puteați spune adevărul? Considerați inteligența unui om o trăsătură importantă? Dumneavoastră vă considerați inteligent sau nu? Aveți sentimentul că partenerul și oamenii din jurul dumneavoastră nu vă înțeleg șirurile de idei? Puteți spune ceea ce gândiți? Meseria dumneavoastră are mare legătură cu gândirea logică? Aveți dificultăți în luarea unor decizii? Cine a influențat cel mai mult alegerea profesiei pe care o urmați? Au avut părinții dumneavoastră vreo influență în alegerea partenerului de căsătorie?

3. Mijlocul tradiției: Omul este o ființă istorică. În timp ce animalul trebuie să o ia mereu de la capăt, posedând într-o anumită măsură un trecut înnăscut (instincte) și unul prescurtat (propria experiență de învățare), omul dispune de un întreg spectru istoric. În societatea sa, el este marcat de experiențele colective și de realizări. Dincolo de acest cadru istoric general, omul se situează în interiorul istoriei pro-

priului său grup și al familiei sale. La aceasta se adaugă experiențele de învățare, pe care le acumulează de-a lungul evoluției sale individuale.

„Dragoste la prima vedere!“

„Când l-am văzut pe acest bărbat, am știut imediat: trebuie să mă culc cu el. Am făcut tot ce mi-a stat în putință, și chiar am reușit. Abia prin intermediul dialogului cu dumneavoastră am înțeles de ce m-am simțit atât de atrasă de acest bărbat. Felul său de a merge și gestica sa erau asemănătoare celor ale cumnatului meu, cu care am petrecut câteva nopți frumoase. (Notă: Pacienta era frigidă de mai mulți ani în relația cu soțul ei.) Dar a trebuit să pun capăt acelei relații: nu vreau să mă gândesc ce s-ar fi întâmplat dacă ar fi aflat sora mea“ (gospodină în vârstă de 34 de ani, trei copii).

Cu alte cuvinte: Reacția pacientei a fost controlată, inconștient pentru ea, de informații provenite din tradiția individuală. Tradițiile colective sunt transmise parțial din punct de vedere al conținutului prin mitologii, adesea cu tematică religioasă, și prin povești. Poveștile pot fi percepute drept forme de mitologii potrivite vârstei copilăriei. Povestea unește în același timp forma simbolică și forma verbală, fantezia și realitatea. Oferă astfel un model de învățare multilateral, care mijlocește în același timp o rezonanță afectivă ridicată. Povestea poate deveni purtătoare a propriilor prejudecăți legate de tradiție, având consecințe asupra relațiilor interumane, asupra științei, religiei și politicii, devenind astfel baza unui mod de acțiune conflictual, irațional.

Tradiția și rațiunea depind în mod caracteristic una de cealaltă. Tradiția transmite modele de comportament păstrate de-a lungul timpului, care vor fi apoi, prin intermediul rațiunii, adaptate timpului sau corectate. Tradiția este într-o anumită măsură acel fir de ață roșie de care atârnă formele caracteristice și capacitățile actuale. Ea nu reprezintă numai o funcție a transmiterii, adică un mecanism, ci se subordonează ca obiect de reprezentări evaluărilor condiționate istoric și biografic. Evaluări extreme constituie, pe de o parte, fixația necondiționată asupra conținuturilor legate de tradiție, și pe de altă parte respingerea categorică a tradiției. Legătura cu tradiția se reflectă în domeniul social în societatea închisă (Parsons, 1961), în timp ce relativizarea valorilor tradiționale indică o societate deschisă. Betty descrie aspecte particulare ale evoluției relației ei cu tradiția:

„Frica de schimbări“

„Mama mea e foarte atașată de tradiție. A rămas blocată în anul 1920. Acest lucru a trezit în mine dezgust față de tradiții. Ea acceptă numai conduitele de atunci, principiile morale de atunci și chiar hainele de atunci. A fost furioasă atunci când erau la modă fustele scurte. Furioasă! Deci serios, a vărsat foc și pară. Da, acești porci, înainte femeile purtau fuste lungi, de ce nu le pot purta și acum etc. Se poate înfierbânta rău legat de astfel de lucruri.“ (Mijloc al tradiției, raportat la capacitățile actuale: timp, politețe, sinceritate, sexualitate, fidelitate.)

Sinonime și exemple: stabilit, sigur, din bătrâni, menținut, înrădăcinat, transmitere, arbore genealogic, testament, certificat, deprindere, obicei, lege nescrisă, istorie, conservator, fixat, tranditional, a rămâne la fel.

Întrebări specifice: Cine vă citea sau vă spunea povești (tatăl, mama, bunicii, mătușa, educatoarea)? Prețuiți basmele și poveștile? Sunteți interesat/ă de evenimentele istorice? Prețuiți tradiția? Părinții dumneavoastră puneau mult preț pe tradiție? Puneți accent pe principiile tradiționale? Ați răsturna cu multă plăcere toate tradițiile? Sunteți nesigur legat de felul în care evaluați tradiția? Ați ales aceeași meserie ca tatăl (mama) dumneavoastră? Vă vine ușor să renunțați la obiceiuri plăcute? V-ați descrie ca o persoană conservatoare? Cum vă simțiți într-un mediu nou? Puneți mult accent pe tradițiile de familie și pe legăturile familiale?

4. Mijlocul intuiției: Un alt mijloc al cunoașterii este cel care în limbajul poetic este denumit prin termenul de vocea inimii, în religie prin inspirație, în limbajul psihologiei prin intuiție sau judecată intuitivă. În timp ce gândirea analitică se desfășoară în pași mai mult sau mai puțin stabiliți, gândirea intuitivă se întâmplă discontinuu: intuiția este pur și simplu, fără a-i putea înțelege originea. În această privință, gândirea intuitivă este bazată pe un proces de gândire latent, inconștient. Pare să se afle într-o strânsă legătură cu procesele psihice ale visului și fanteziei, care pot de asemenea să constituie o formă de prelucrare a problemelor și conflictelor.

Un pacient relatează că în vis a fost certat de către angajatorul său din cauză că spălase prea încet o fereastră (citat după R. Battegay, 1971).

Copilul care nu este încă în stare să deosebească între realitate și imaginație, și nici să stabilească relații cauzale între cele două, experimentează conținuturile preconștiente în mod spontan drept intuiție. Fantezia, care se află într-o strânsă relație cu intuiția, este pe de o parte o formă de prelucrare a conflictelor, în același timp ea este însă și o formă a capacității imaginative și a gândirii creative, manifestată într-o măsură esențială sub formă de gândire intuitivă.

Ideea cu privire la ce e potrivit, corect, bun și adevărat apare brusc în om. El susține aceste conținuturi cu toată convingerea și se ține de ele cu orice preț, pentru că vocea inimii nu poate minți: „Simt exact ce este corect." Iluminații islamici au încununat în mod sistematic intuiția drept mijloc al cunoașterii, privind-o drept criteriu al adevărului.

Ideile intuitive se referă parțial la domeniul capacităților primare. Ele se centrează pe răbdare, încredere, speranță, credință, certitudine și unitate. Dar și capacitățile secundare sunt conduse de către intuiție ca directive firești de comportament: „Nu îmi spune nimic, doar știu cum să mă port." Sau: „Cu ce scop să mă mai informez în legătură cu creșterea copiilor, doar știu cum se face asta." „Nu poate fi adevărat că soțul mă înșală. Știu foarte precis, în adâncul sufletului meu, că îmi este fidel."

Fiecare capacitate actuală în parte poate deveni conținut al fanteziei. Astel, ideea de credință, sexualitate sau cea de hărnicie/performanță poate completa foarte bine gândirea intuitivă a unui individ. Acest lucru poate fi întâlnit până și în deformările bizare ale halucinațiilor, în care sunt construite și percepute legături fantastice, care se referă în general la evaluările speciale ale capacităților actuale și ale a altor medii. Sub acest aspect pot fi înțelese halucinațiile psihiatrice clasice:

Mania geloziei: Fantezie în legătură cu sexualitate, fidelitate, încredere și mijlocul simțurilor.

Grandomania: Fantezie în legătură cu religie, performanță/succes, prestigiu, chibzuință, contact și mijlocul rațiunii.

Mania persecuției: Fantezie, dreptate, supunere (opoziție și subordonare față de autoritățile percepute ca atotputernice) și mijlocul rațiunii.

Încăpățânarea conținuturilor ideilor maniacale ne face firește dificilă înțelegerea maniaclului și a ceea ce vrea el să spună. Consecința acestui fapt o reprezintă accentuarea izolării bolnavului și a lumii sale. Cu atât mai importantă este, în demersul terapeutic, identificarea cu lumea trăirilor și a gândurilor pacientului. Atâta timp cât o identificare generală aduce cu sine dificultăți, reprezentând o chestiune amenințătoare și pentru terapeut, se dovedește a fi favorabilă o identificare parțială față de conținuturile implicate. Acest demers are istoria sa și se regăsește ca tehnică verificată la Avicena (980-1037 e.n.), cunoscutul medic persan, denumit și părinte al medicinei, ale cărui opere medicale, „Canonul", au fost considerate de neegalat de-a lungul secolelor și în Apusul Europei.

Obsesia vindecată

Când muri regele Amirnuhe Samani, înțelepții profitară de ocazie pentru a țese intrigi împotriva lui Avicena, pe care îl considerau incomod. Așa că acestuia nu îi rămase decât să părăsească orașul Gorgan și să se mute în Rey, care aparținea dinastiei Dailamin. Rey se afla sub conducerea regelui Madzdeldowleh. Conducătorul suferea de o melancolie profundă și de anorexie. Avicena putu să îl ajute printr-o metodă destul de îndărătnică. Scriitorul persan Nizami descrie această vindecare după cum urmează:

Conducătorul se credea vacă, uitând complet că de fapt era om. De aceea, răgea ca un bou, implorând: „Veniți, luați-mă cu voi, înjunghiați-mă și folosiți-vă de carnea mea". Nu mânca nimic și trimitea înapoi toate felurile de mâncare preparate special pentru el: „De ce nu mă duceți pe pajiștea verde, să pot mânca acolo ce i se cade unei vaci?" Din cauză că nu mai mânca nimic, slăbea continuu, ajungând în cele din urmă numai piele și os. Pentru că nici o metodă și nici un medicament nu îl ajutară, fu chemat la sfat Avicena. Acesta îi transmise regelui că va veni un măcelar pentru a-l înjunghia, a-i tranșa carnea și a o da apoi oamenilor să o mănânce. Când bolnavul află aceste lucruri, se bucură peste măsură și își așteptă moartea cu nerăbdare. În ziua stabilită, Avicena apăru în fața regelui. Învârti în aer cuțitul de măcelar și urlă cu voce înspăimântătoare: „Unde este vaca, să o măcelăresc în sfârșit". Regele mugi extaziat, astfel încât măcelarul să știe unde se află victima. Avicena ordonă cu voce tare: „Aduceți încoace animalul, legați-l, ca să îi pot despărți capul de trup". Dar înainte să lovească, el verifică de carne și grăsime șoldurile și burta animalului, așa cum fac de obicei măcelarii, strigând apoi cu voce tare: „Nu, nu, această vacă nu este încă bună de înjunghiat. E foarte slabă. Luați-o de aici și dați-i de mâncare. Voi veni mai târziu să o înjunghii, când va avea greutatea potrivită". Bolnavul mâncă, în speranța că va fi în curând înjunghiat, toate felurile de mâncare care îi fură aduse. Se îngrășă, starea lui se îmbunătăți vizibil și se însănătoși sub îngrijirea lui Avicena.

Aceste forme obsesive sunt cazuri de graniță ale activităților intuiției, care trece de pragul realității nemijlocite și conține tot ceea ce noi descriem prin cuvinte precum sens al unei acțiuni, sensul vieții, dorință, viitor imprevizibil sau utopie.

Diferitele concepții asupra lumii și religia se adresează capacității intuitive și nevoilor derivate din ea, devenind astfel instituții și purtători responsabili pentru un viitor mai îndepărtat, inaccesibil planificării acțiunilor.

„Cât de frumos ar fi!"

Pacienta Betty remarca în legătură cu intuiția și fantezia: „Mie mi se întâmplă adeseori, atunci când fac ceva, să îmi vină dintr-o dată o idee sau să fiu foarte distrată. Atunci când lucrez, nu mă pot concentra uneori asupra textului, pentru că fie îmi vin în cap amintiri apărute în baza asocierilor libere, fie mă gândesc: măi să fie, trebuia să acționez cu totul altfel atunci. Copil fiind, îmi doream să devin neapărat traducătoare sau profesoară. Me-

reu mi-am imaginat cât de grozav ar fi“ (mijloc al intuiției, raportat la capacitățile actuale: timp, hărnicie/performanță, model).

Sinonime și exemplu: inspirație, idee spontană, cunoaștere intuitivă, dictat de sentiment, involuntar, creator, fler, imaginar, romantic, visător, ireal, utopic, a-și imagina, a ademeni, a inventa, lume de vis, iluzie, himeră, a construi castele de nisip, fata morgana, castele în Spania.

Întrebări specifice: Cui îi povesteați ideile și fanteziile dumneavoastră (tatălui, mamei)? Vă considerați și acum o persoană imaginativă? Copil fiind, aveați adesea fantezii? Care dintre părinții dumneavoastră avea mai multă imaginație? Sunteți fericit/ă atunci când vă vine o idee bună, chiar dacă nu o puteți argumenta logic? Erau acceptate fanteziile dumneavoastră de către părinți? Ați fost considerat/ă mincinos/mincinoasă din cauza poveștilor pe care le spuneați? Vă sunt mai dragi fanteziile decât realitatea? Vă preocupă adesea gândul, cum ar fi dacă ați avea o altă soție (un alt soț)? Vă gândiți deseori cum ar fi dacă ați avea o altă meserie? Vă jucați uneori cu ideea, cum ar fi dacă nu ați mai trăi? Vă lăsați cu plăcere în voia gândurilor în ceea ce privește trecutul? Vă imaginați cu plăcere cum va arăta viitorul îndepărtat? V-ați gândit la sinucidere? Aveți vreo tentativă de sinucidere la activ?

5. Inconștientul: Numai o parte a motivațiilor comportamentului uman ajunge în conștiință, fiind controlată de aceasta. Pe această deobiectivizare se bazează psihanaliza lui S. Freud. El a cercetat inconștientul și a formulat teoria inconștientului. O semnificație deosebită în cadrul acestei teorii o are viața sexuală. S. Freud era de părere că în spatele fiecărei acțiuni a omului se află energia sexualității sale. El a dezvoltat un model psihodinamic care trebuia să servească explicației comportamentului uman. Baza și punctul de pornire al acestui model erau tulburările. Imaginea lui asupra omului este orientată în această direcție, și mai puțin către capacitățile existente în fiecare individ. Un rol deosebit de important în cadrul acestui model îl joacă refularea. Ea este adevărata cauză a dezvoltării psihice defectuoase. Refularea semnifică:

O experiență, asociată cu imaginea fricii și a pedepsei, este îndepărtată din conștiință întrucâtva cu scopul de autoapărare și uitată. La acest proces se ajunge pentru că amintirea evenimentului este puternic încărcată afectiv și incomodă și ar putea amenința economia personalității individului. Conținuturile acelei trăiri sunt deci refulate în inconștient, rămân însă acolo în continuare încărcate afectiv și iau o altă formă: pentru că nu se pot arăta în mod deschis, ele se exprimă mascat, prin intermediul simbolurilor.

Obiectivul terapiei psihoterapeutice a lui Freud era conștientizarea trăirilor refulate din prima copilărie și, astfel, mijlocirea vindecării pacientului. Inconștientul este, în sens freudian, locul energiei libidinale și al conținuturilor refulate. La C. G. Jung inconștientul este locul conținuturilor supraindividuale. Aceste încercări ale unei determinări de conținut a inconștientului ridică multe întrebări și nu acoperă toate domeniile inconștientului. În teoria analitico-diferențială, cele două capacități de bază, capacitatea de cunoaștere și cea de iubire, înlocuiesc libidoul teoriei freudiene. Libidoul este întrucâtva considerat a fi parte energetică a capacităților de bază. Pe lângă aceasta, inconștientul posedă în analiza diferențială următoarele două funcții:

În primul rând, el este locul capacităților încă nedezvoltate, nediferențiate și al energiei umane. În inconștient se află tot ceea ce există deja în om, dar nu este încă dezvoltat, pentru că nu a sosit încă vremea maturității. Capacitățile sunt potențiale energetice, care năzuiesc să se împlinească. În al doilea rând, inconștientul este locul capacităților actuale și al mediilor refulate și reprimate. Capacitățile au trecut deja printr-o controversă cu mediul extern; ele au fost fie respinse de mediul respectiv, fie mediul nu a oferit suficiente condiții pentru ca ele să se poată dezvolta, fie alte capacități actuale au fost evidențiate într-o asemenea măsură, încât nu a mai părut să existe loc și pentru altele.

Pe acest fond al dublei funcții pe care o exercită inconștientul este de înțeles de ce nu numai trăirile duc la tulburări și conflicte, ci și non-trăirile.

Inconștientul este, în esența sa, inaccesibil unei interogări directe. El este mai degrabă dedus de către terapeut. Terapeutul încearcă să deducă din informațiile pe care le are la îndemână — modele ale capacităților actuale și medii ale capacităților de cunoaștere și de iubire — legăturile eficiente din punct de vedere psihodinamic. Lipsa unei diferențieri blochează anumite conținuturi psihodinamice vizavi de conștient, nemaiavându-le la dispoziția sa. Din perspectiva trăirilor psihodinamice, astfel de procese sunt denumite refulări, generalizări etc. Aceste enunțuri rămân generale și se dovedesc insuficiente pentru descrierea trăirilor psihice individuale, atâta timp cât nu se ține cont de legătura lor de conținut. Astfel, realizarea IAD-ului și explorarea mediilor capacităților de cunoaștere și de iubire reprezintă deja o conștientizare în sens terapeutic.

Pe lângă funcția inconștientului, este relevantă și atitudinea inconștientului vizavi de diagnoză și terapie: dacă inconștientul — mai puțin în semnificația sa teoretică, cât mai degrabă în cea subiectivă — este perceput ca fiind amenințător, neliniștitor și înfricoșător sau dacă poa-

te fi realizat într-un mod pozitiv în trăiri, ca sursă de autocunoaștere, de lărgire a conștiinței sau de creativitate.

Betty formulează astfel legătura ei cu inconștientul:

„*Cum era să știu?*“

„Există o situație în viața mea, în care rațiunea m-a abandonat. Aceasta a fost logodna și sarcina. Am făcut atunci lucruri pe care azi nu mi le pot explica. Eram cu adevărat proastă, dependentă ca o oaie și slabă ca un copil. Am alergat după prietenul meu de atunci. Ulterior, acest lucru mi-a părut a fi greșit. Am făcut atunci lucruri pe care ca persoană conștientă nu le-aș face niciodată. Azi, dimpotrivă, încerc să fiu foarte chibzuită. Înainte să fac ceva, mă gândesc foarte mult. Nu mi se va mai întâmpla la fel ca atunci.“ (Mijloace ale inconștientului, raportate la medii și la capacitățile actuale: judecată, rațiune, sexualitate, fidelitate, încredere, sinceritate, iubire, timp, dubiu, certitudine.)

Sinonime și exemplu: conștiință, nemotivat, neprevăzut, de la sine, spontan, inevitabil, impulsiv, irațional, instinctiv, mecanic, instinctual, involuntar, neintenționat, inconștient, structură psihică, nevoit, refulat, a avea ceva în sânge, a face ceva pur și simplu, a nu putea face nimic împotrivă, automat, a nu se gândi la nimic.

Întrebări specifice: Vi se întâmplă adesea să vă supărați după ce ați făcut ceva (situații)? Atunci când cineva vă dezamăgește, vă îndepărtați complet de acea persoană (situații)? Vi se întâmplă uneori să descoperiți anumite trăsături în dumneavoastră, pe care le cunoașteți de la partenerul sau de la părinții dumneavoastră? Transformați problemele și greutățile partenerului dumneavoastră în propriile dumneavoastră probleme? Vi se întâmplă să transferați supărarea dumneavoastră asupra copiilor sau asupa unui partener neimplicat (situație și conținut)? Cum vă simțiți atunci când auziți informații legate de accidente, catastrofe sau decese? Visați adesea, dacă da, ce anume, și cum vă simțiți în acest timp? Vi se întâmplă adesea să uitați ceva sau să spuneți ceva, ce de fapt nu voiați să spuneți? Vi se întâmplă adesea să faceți aceeași greșeală la nesfârșit (situații și conținuturi)? Vă puteți concentra ușor, sau aveți dificultăți în a vă concentra (situații)? Sunteți de părere că inconștientul are vreo influență asupra comportamentului și trăirilor dumneavoastră (situații)?

Semnificația capacității de cunoaștere

Deși în orice cunoaștere sunt incluse toate cele patru criterii de cunoaștere, ele sunt în cele din urmă valorizate diferit, fiindu-le atribuite valori diferite de cunoaștere. Așa se prezintă câte o știință, ca și cum ar ține cont de tradiție și de rațiune. Ceea ce este valabil în cazul anumitor forme ale gândirii filosofice poate fi regăsit, sub un alt veșmânt, și în medicină. În cazul ei, mijloacele simțurilor se află indubitabil în prim-plan. Câmpul de luptă al sociologilor este tradiția socială, în vreme ce empiriștii se referă mai cu seamă la experiența mijlocită de către simțuri. Arta servește drept teren de joacă pentru intuiție și simțuri, căci ea trăiește din idei spontane și din controlul rațional al ideilor separate. Toate acestea se reflectă și în psihoterapie.

Mediile capacității de cunoaștere nu reprezintă o simplă funcție a cogniției. În ele se regăsesc importante părți emoționale, în special în ceea ce privește domeniile principale ale conflictelor umane, relațiile de cuplu, educația, sfera profesională și domeniul religie/viziune asupra lumii. Dar și mediile sunt predispuse relativizării, precum capacitățile actuale. Valorizarea diferită a fiecărui mediu în parte și a conținuturilor lor specifice este așadar sursă a unor posibile neînțelegeri:

„*De ce trebuie să îl slujesc pe soțul meu?*“

O femeie în vârstă de 48 de ani, care a dorit să înceapă o psihoterapie din cauza problemelor conjugale, s-a plâns cândva: „Când soțul meu are până și cea mai mică durere, se tânguiește și se poartă de parcă ar muri în următoarea secundă. Toți trebuie să îl slujească. Dar atunci când eu m-am îmbolnăvit, de curând, de colică biliară, am lucrat în continuare și am încercat să îmi stăpânesc durerea. Nu pot să suport când cineva e atât de superficial“ (mijloc al simțurilor, referitor la capacitățile actuale: dreptate, politețe, sinceritate).

„*Ce spune lumea!*“

Ne confruntăm adesea cu o altă plângere tipică. „Soțul meu este un om de știință extraordinar. Toți sunt încântați de munca lui. Când vorbește despre munca lui, toți îl ascultă cumva fascinați. Însă pe cât de atent e față de spiritul său, pe atât de neglijent e față de cum arată și față de sănătate. Odată ce intră într-un proces de creație, lucrează nopți la rând, aproape că nu mai mănâncă nimic și bea litri întregi de cafea, pentru a rămâne treaz. De cele mai multe ori toate astea se termină printr-o inflamație a mucoasei pituitare. Îi văd atunci fața schimonosită de durere, și felul în care se ține de stomac. Dar nu l-am auzit niciodată plângându-se. Vestimentația și aspectul exterior sunt chestiuni neimportante pentru el. Neras arată ca un răufăcător, nu ca un om de știință. Mie mi se pare foarte, foarte penibil să îl vadă și alți oameni așa. Până la urmă această neglijență se răsfrânge și asupra mea, și pot să îmi imaginez ce vorbește lumea pe la spatele nostru“ (soția,

în vârstă de 48 de ani, a unui naturalist. Mijloc al simțurilor și al rațiunii, raportat la capacitățile actuale: curățenie, ordine, politețe).

Prin aceste exemple pot fi observate diferite valorizări ale mijloacelor simțurilor și ale rațiunii, înfățișând astfel situații conflictuale tipice apărute din cauza discrepanțelor din interiorul mediilor capacității de cunoaștere.

2. Ce este capacitatea de iubire?

Capacitatea de iubire înseamnă: capacitatea de a iubi și de a fi iubit. Dezvoltarea capacității de cunoaștere se corelează cu succesul și cu insuccesul, pe care cineva le resimte. Atunci când un copil are performanțe slabe la învățătură, nu va mai avea în curând chef de școală. Va încerca să ocolească toate sarcinile care au în vreun fel legătură cu eșecul. Aceste insuccese în performanță nu le sunt indiferente nici părinților. Invers, prin performanțe pozitive poate fi destinsă în mod plăcut întreaga atmosferă. Acest lucru nu se referă numai la performanțe în sens restrâns, ci și la capacitățile secundare. Atitudinile și reacțiile la diferitele arii ale capacității de cunoaștere țin de afectivitatea unui individ, de sfera sentimentelor sale, care poate fi denumită relație emoțională, expresie a capacității de iubire. În acest context două componente sunt importante: capacitatea de a se implica activ în relații emoționale (de a iubi) și capacitatea de a accepta și de a suporta atribuiri emoționale (de a fi iubit). Capacitatea de iubire nu este indiferentă față de obiectul către care se îndreaptă: atunci când învățăm ceva, achiziționăm, reușim un anumit lucru, obiectivul și sensul acestei activități depind de ce și pentru cine se întâmplă: pentru noi înșine? Pentru partenerul nostru și rudele noastre, pentru grupurile noastre de interes, pentru state? Naționalități? Pentru omenire? Pentru viitorul imediat și îndepărtat? Sau împotriva sa?

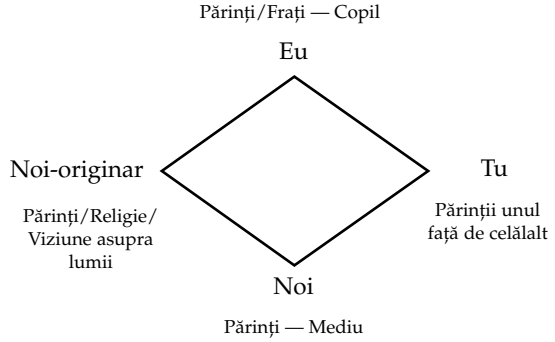
În dezvoltarea sa ulterioară, capacitatea de iubire duce la capacitățile primare, precum iubirea, modelul, răbdarea, timpul, contactul, sexualitatea, încrederea, încrederea, speranța, credința, dubiul, certitudinea și unitatea.

Iubirea, o relație afectivă, este determinată de o relație reciprocă între „a da“ și „a lua“. Ea apare în cea mai primară formă în relația mamă-copil. Copilul este dependent de o persoană de referință în satisfacerea nevoilor sale vitale, în general aceasta fiind mama. El are nevoie în perioada copilăriei de atenția emoțională a mamei, care servește drept *model* și aduce cu sine *răbdare* și *timp*. Copilul dezvoltă pe această treaptă elementară o încredere fundamentală, sau, dacă lipsa satisfacerii nevoilor a adus în prim-plan angoase vitale, obișnuita atitudine de neîncredere. *A lua* reprezintă pentru copil, în mod natural, o prioritate față de *a da*. Mama și, în dezvoltarea ulterioară, și alte persoane de referință precum tatăl, frații, bunicii, rudele, mediul social, sprijină sau înăbușă capacitatea de iubire existentă în copil, astfel încât mai târziu pare că ar exista prea puțin din această capacitate sau se ajunge la inversarea relațiilor emoționale pozitive în neîncredere, invidie și ură, agresiuni și angoase.

Mediile capacității de iubire

Putem deosebi patru medii ale capacității de iubire. Ele caracterizează relațiile fundamentale tipice, pe care orice om le are într-o anumită formă. Aceste relații fundamentale sunt: Relația cu Eul, cu Tu-ul, cu Noi-ul și cu Noi-ul originar. În dezvoltarea fiecăreia din aceste relații își exercită influența o dimensiune-model caracteristică. Dimensiunea-model a relației cu Eul este relația părinților și a fraților cu individul; pentru Tu, relația părinților unul față de celălalt, pentru Noi relația părinților cu mediul și pentru Noi-ul originar relația părinților cu religia/viziunea asupra lumii.

Părinții, respectiv frații, sunt în familia restrânsă persoanele de referință primare pentru copil, pregătind astfel prototipuri pentru formele de relații sociale ulterioare.



Funcțiile-model în dezvoltarea celor patru medii ale capacității de iubire

Aceste deosebiri aruncă o nouă lumină asupra calităților relațiilor sociale ale individului. Ele sunt în general cuprinse în conceptul de

„contact“. Printr-o lipsă de contact este indicată prejudicierea unei anumite forme de contact, în general a celei cu Tu-ul și cu Noi-ul. În acest caz se vorbește despre un deficit, rămânând însă deschisă chestiunea privind tipul formelor de contact la care se face referință și a capacităților actuale la care se raportează acesta. Astfel, capacitățile actuale pot servi drept filtru pentru relațiile sociale: renunți la a invita musafiri, pentru că îți deranjează ordinea și pentru că musafirii costă, atingând deci propria concepție asupra chibzuinței. În același fel poate fi blocată relația cu Eul din cauza eșecurilor (hărnicie/performanță) provenite din lipsa de sprijin din aria capacităților primare. Relația cu Tu-ul poate fi tulburată simțitor din cauza conflictelor care implică aria sexualității, a fidelității sau a încrederii, la fel precum așteptările dezamăgitoare în privința sincerității, dreptății sau a speranței pot constitui premise pentru o relație conflictuală cu Noi-ul originar.

Relația cu Eul (Părinți-Frați-Copil)

În relația cu „Eul“, adică în imaginea de sine, stima de sine și încrederea în sine, importanța principală o constituie relația părinților, respectiv a persoanelor de referință primare, cu copilul și cu frații acestuia. Copilul învață aici să intre în relație cu sine însuși, relație care depinde în special de felul în care îi sunt satisfăcute dorințele și trebuințele. Pentru a se hotărî, există întrebarea fundamentală: sunt acceptat sau respins? Răspunsul la această întrebare rezultă în mod nemijlocit din relația persoană de referință-copil, și mijlocit din comparația tratării fraților. Ia naștere astfel o primă experiență, care poate deveni într-o anumită măsură sistem de referință pentru dezvoltările ulterioare. Se poate presupune că aceste experiențe primare influențează tehnicile de mai târziu legate de confirmarea stimei de sine: Sunt acceptat datorită personalității mele sau datorită performanțelor mele? Aici pot apărea stereotipii tradiționale ale relației cu Eul. Un exemplu în acest sens îl constituie aprecierea diferită a bărbaților și a femeilor, care îi mijlocesc unui băiat sau unei fete numai forme selective ale experienței de sine.

> Betty povestea: „Una din primele dorințe din copilărie de care îmi mai pot aminti este că voiam să fiu băiat. Cel puțin mama a exercitat constant o influență asupra mea în această direcție. Avea deja două fiice, și cu siguranță și-ar fi dorit un băiat în locul meu. (…) Întotdeauna am avut sentimentul că nu mă pot bizui decât pe mine însămi. Mama îmi zicea într-adevăr mereu că dacă am o problemă, mă pot duce la ea. Dar când apărea cu adevărat ceva, nu avea timp. Când nu reușeam să trec peste ceva anume, și asta se întâmpla deseori, mă refugiam în vise. Totul era incredibil de simplu acolo, nu existau probleme, aveam o mamă cu care puteam vorbi despre orice și un tată care mă asculta, mă înțelegea și se juca cu mine. Sora mea mai mare era oaia neagră a familiei. Nu îi păsa deloc de ceea ce zicea mama și îi lăsa mereu pe ceilalți să strângă în urma ei. De aceea ea mi-a fost întotdeauna oferită drept exemplu negativ. Dar am admirat-o întotdeauna pe ascuns, cu câtă naturalețe se putea opune, în timp ce eu eram de acord cu toți și cu toate și nu aveam curaj să mă revolt decât pe ascuns. (Relația cu Eul, raportată la următoarele capacități actuale: dreptate, timp, încredere, răbdare, supunere, ordine, model, politețe, sinceritate.)

Sinonime și exemplu: identitate, autosuficiență, egoism, egocentrism, problematica stimei de sine, concept al sinelui, respect de sine, modestie, a se gândi la sine, lipsa încrederii în sine; știu ceea ce vreau; în primul rând eu, apoi ceilalți; nu am încredere decât în mine însumi; după mine potopul; întotdeauna am nevoie de cineva care să mă ajute; pot să stau și singur.

Întrebări specifice: Pe lângă părinți, bunicii, în calitatea lor de persoane de referință, joacă adesea un rol esențial în modelarea sentimentului stimei de sine. Mulți pacienți nu pot răspunde pur și simplu la întrebarea „Cu cine aveți o legătură mai strânsă, cu tatăl sau cu mama dumneavoastră?“ Cuvântul „legătură“ este prea nespecific pentru cel care trebuie să își inventarieze trecutul în această privință. Mai favorabilă este chestionarea în legătură cu formele de exprimare ale acestei legături. Pot fi puse întrebări legate de „răbdare“ (Care dintre părinți avea mai multă răbdare, care se enerva mai repede?), de „timpul“, pe care o persoană de referință îl petrecea cu pacientul (Cine își făcea mai mult timp pentru dumneavoastră, tatăl sau mama?), și de „model“ (Pe cine ați considerat drept model? Ale cui moduri de comportament și atitudini le regăsiți și în dumneavoastră?).

Relația cu Tu-ul (părinții unul față de celălalt)

În relația unui individ cu „Tu“-ul, modelul preferat este cel al părinților, adică relația pe care o au părinții unul cu celălalt. Grație acestui model parental sunt explicate posibilele moduri de comportament existente într-o relație de cuplu. Prin intermediul acestui model sunt stabilite în special modurile de comportament legate de tandrețe. Copilul învață ce este posibil, ce are caracter dezirabil și, în cele din urmă, ce este binevenit în ceea ce privește modurile de comportament legate de tandrețe. Deosebit de favorabilă este imitarea acestui model în relația afectivă apropiată în care se află părinții și copilul. În general, copi-

lul se identifică cu unul din cei doi părinți. Aceasta nu înseamnă însă că este întotdeauna vorba de părintele de același sex. Părinții transmit copilului în același timp mecanisme de rezolvare a conflictelor, dar și dispoziții conflictuale.

Esența legăturii de cuplu a părinților este fidelitatea unuia față de celălalt. Fidelitatea și sinceritatea din relația părinților sunt transmise mai departe copiilor, datorită îmbinărilor emoționale din cadrul familiei. Fixația unilaterală exercitată asupra unui partener sau lipsa capacității de a se lega afectiv de un partener trimit nu arareori la un astfel de model al părinților. Pe lângă atmosfera reală, percepută direct, care guvernează căsnicia părinților, atitudinea părinților unul față de celălalt exercită un efect deosebit în sensul creării unui model, în special atunci când unul dintre părinți îi face confidențe copilului în absența celuilalt părinte, fiindu-i astfel transmise copilului anumite judecăți de valoare.

Tu-ul, față de care se instaurează o relație personală nu trebuie să fie neapărat un partener uman. În acest Tu poate fi inclusă o serie de alte obiecte: animale, plante, lucruri și conținuturi imaginare abstracte, care constituie, parțial, un surogat pentru un partener sau capătă o funcție asemănătoare celei unui interlocutor. Un exemplu în acest sens îl constituie animalul de casă, care pentru mulți reprezintă singurul confident, plantele, obiectele și conținuturile abstracte imaginare, prin care sunt personificați parteneri imaginari sau reali și care preiau rolul unui obiect central de referință. Din această perspectivă poate fi înțeleasă semnificația psihologică a păpușilor (copii ai copilului), a biberonului (surogat pentru mamă și sân) și a armelor (autoritate, care garantează protecție și conferă putere; arma ca „logodnică a soldatului“).

Prin intermediul fanteziei își fac apariția interlocutori imaginari, pornind de la reprezentarea vizuală a unui partener sexual și până la judecăți și conținuturi de valoare, devenite pe această cale autorități imaginare.

În dezvoltarea relației cu Tu-ul, Betty și-a definit poziția în felul următor:

> *„Și acum îi mai aud vocea!“*
>
> „Sâmbătă seara tatăl meu venea adesea acasă beat și făcea scandal. Apoi, în timp ce el sforăia, mama venea la mine și vărsa șiroaie de lacrimi, spunându-mi că cel mai mult și-ar dori să divorțeze de acest neom, dacă nu ar exista copiii, dacă ar avea destui bani și dacă ar fi învățat și ea o meserie. Încă aud vocea mamei mele: Copile, învață ceva, ca mai târziu să fii pe picioarele tale (…) Mai târziu am dezvoltat o ambiție foarte puternică. Deși nu era ușor pentru mine, am făcut liceul la seral și am început acum să studiez (…). Am câțiva prieteni buni, dar dacă se apropie prea mult de mine, începe să mi se facă frică. Pur și simplu nu doresc să îmi pierd libertatea“. (Relația cu Tu-ul, raportată la următoarele capacități actuale: politețe, sinceritate, încredere, chibzuință, hărnicie/performanță, timp, model, contact și dubiu).

Sinonime și exemplu: relație de cuplu, milă, iubire, contact, altruism, iubirea aproapelui, diadă, atenție, rivalitate, gelozie, soțul meu se poate impune mai bine, nu trăiesc decât pentru el, mama mea era foarte îngrijorată în legătură cu mine, mi-e dor de el, nu doresc să pierd niciodată un partener.

Întrebări specifice: Părinții dumneavoastră se înțelegeau bine? V-a înșelat vreun partener? Au ținut părinții dumneavoastră unul cu celălalt în fața copiilor? A fost o căsătorie rațională sau din iubire? În ce fel erau discutate problemele? (părinții țipau unul la altul, tatăl o bătea pe mamă, mama îl pedepsea pe tată ignorându-l, conflictele erau bagatelizate: „nu avem nici o problemă“).

Rezumat: Ca modele ale relațiilor de cuplu, aceste informații pot oferi indicii asupra varietății formelor de comportament în cuplu și a restricțiilor lor.

Relația cu Noi-ul (Părinți — Mediu)

Relația unui individ cu „noi“-ul este marcată în mare parte de raportul părinților săi cu mediul social. Pe lângă normele de performanță, odată cu socializarea sunt preluate și atitudini caracteristice în ceea ce privește comportamentul social. Atitudinile și așteptările se raportează la relațiile sociale din afara familiei primare. Ele cuprind relația cu rudele, colegii, grupurile sociale de contact, comunitățile de interese, autoritățile și relația cu umanitatea în general. Se dezvoltă aici mai puțin o relație cu un Tu personal, cât, mai degrabă, relații cu grupuri sociale. Ca ființă socială, omul depinde de grup, care îi oferă la rândul său o serie de siguranțe esențiale, ce pot fi percepute însă totodată și ca fiind amenințătoare, căci din confruntarea cu ceilalți poate fi pusă la îndoială chiar propria sa ierarhie a valorilor. Pentru unii, acesta este un prilej suficient de a căuta contacte numai acolo unde pot conta pe aprobare și unde predomină aceleași modele ale mediilor și capacităților actuale.

Un grup pretinde de la membrii săi recunoașterea anumitor norme convenționale de grup și, în anumite cazuri, suprimarea instinctelor naturale. Reprezentanții grupurilor sociale, care alcătuiesc „noi“-ul, sunt

instituțiile, deci organizările sociale precum asociațiile, uniunile profesionale, bisericile, manifestațiile sportive, partidele politice, dar și grupurile psihoterapeutice, în general acele organizări care îi permit individului să vorbească despre un „noi“.

Ca explicație pentru propria ei relație cu oamenii și grupurile, Betty relatează:

> *„Liniștea era mai importantă pentru el“*
>
> „Tatăl meu nu avea de fapt contact decât cu clienții firmei. Nu întreținea nici un fel de alte contacte sociale. Mama mea voia să mai iasă din când în când în oraș, dar pentru că tata voia liniște, renunța și ea. Rareori veneau rude la noi în vizită. Aveam adesea sentimentul că părinții mei nu erau deloc interesați de dificultățile altor oameni. Petrecerile erau imposibile în casa noastră și numai pentru faptul că l-ar fi costat prea mult pe tatăl meu. (…) Eu însămi am dorința de a fi apreciată de către ceilalți și în interiorul unui grup. Dar când vine vorba de a merge la nu știu ce festivitate, în care nu ești tocmai un anonim printre alți o mie, nu reușesc să mă controlez. Dacă sunt pusă în postura de a spune ceva undeva, inima îmi sare pur și simplu afară din piept“. (Relație cu Noi-ul, raportată la următoarele capacități actuale: contact, hărnicie/performanță, supunere, chibzuință, sinceritate, încredere.)

Sinonime și exemplu: contact, grup, spirit de familie, solidaritate, aproapele, masă de oameni, mulțime, comunitate de interese, sentimentul de „noi“, conștiința de clasă, discuție, familie, neam, națiune, popor, societate, stat, omenire, frica de grup, refugiul în socialitate, clică, peer-group (grup format din persoane de aceeași vârstă), persoană sociabilă, sociabilitate, lipsa contactului, izolare, autism, inhibiții.

Întrebări specifice: Care dintre părinții dumneavoastră era mai sociabil? Cine voia să aibă musafiri în casă? Își consideră pacientul familia sociabilă? A fost implicat și pacientul în relațiile sociale ale părinților (Trebuie să taci atunci când vorbesc adulții)? Era copilul obiect al reprezentării sociabilității părinților (Când vin musafirii, să te porți frumos, nu cumva să atingi ceva)? Era folosită sociabilitatea ca for pentru performanțele copilului (Ne cânți tuturor ceva la vioară)? Din ce motive erau întreținute sau blocate contactele? (musafiri invitați numai din interese profesionale sau din cauza obligațiilor familiale: musafiri pur și simplu; numai colegi de serviciu, respectiv restricționarea contactului din cauza ordinei, curățeniei, chibzuinței: „Musafirii fac numai dezordine, povestesc în stânga și în dreapta cum arată la noi și ne costă prea mult“.) Mai degrabă citiți sau preferați să petreceți mai mult timp cu cineva? Erau părinții dumneavoastră implicați social sau politic?

Cum e cu implicarea dumneavoastră? Pentru ce cauză v-ați implica? Făceau parte părinții dumneavoastră din asociații, grupuri de interese sau comunități de lucru? Sunteți dispus la activități colective? Vă simțiți uneori singur chiar și printre oameni?

Rezumat: Din aceste informații de fundal pot fi deduse, ipotetic, contactele sociale care depășesc relația dintre două persoane, precum și raportul de legătură cu confirmările sociale.

Relația cu Noi-ul originar (Părinți/Religie/Viziune asupra lumii)

Relația unui individ cu Noi-ul originar depinde în primul rând de raportul părinților săi față de religie și de felul de a vedea lumea. Această chestiune fundamentală își găsește răspunsul în fața unui sistem de referință ideologico-religios. Noi-ul originar nu se referă astfel la apartenența formală la un grup religios sau ideologic, ci reprezintă fundamentul pentru întrebările ulterioare legate de sens. Chiar atunci când religia este respinsă, noi-ul originar rămâne bază pentru alte sisteme de orientare, care oferă înțelesuri. Astfel de sisteme sunt de exemplu societatea, adesea încă o anumită formă socială, un anumit fel de a trăi, familia, un model ales sau principiul performanței sau al plăcerii. Aceste conținuturi conceptuale pot deveni idoli sau surogate pentru religie. Mai mult chiar decât conținuturile propriu-zise transmise, convingerea și consecvența par să fie decisive în susținerea lor de către părinți. Copiii dezvoltă un sentiment cu adevărat uimitor în legătură cu seriozitatea cu care părinții lor abordează tema religiei sau a viziunii asupra lumii și dacă sarcinile legate de acestea sunt rezolvate cu toată implicarea personalității sau numai formal. Este important și dacă părinții sunt de aceeași părere privind religia și ideologia sau dacă, prin neconcordanța lor, ei programează copilul să aibă el însuși dubii. Nu doar raportul părinților cu religia este important în acest context, ci și trăirile avute de către părinți față de religie. Un tată care cere de la copiii lui stricta respectare a normelor exterioare religioase, precum mersul la biserică, rugăciunea, postul etc., dar care el însuși se poartă în același timp nedrept și nesincer, oferă copiilor o trăire disonantă, datorită căreia atitudinea lor față de religie va deveni un focar conflictual.

Stăruința mumificată în normele religioase, respingerea revoltată a tuturor conținuturilor religioase — cu tendință spre o religie–surogat — sau comportamentul ambivalent, nesigur, de apropiere-îndepărtare al celui care nu se poate identifica nici cu conținuturile religioase, nici cu cele de vreun fel ideologice, își au baza în casa părinților. Pentru că aceștia exercită față de copil, cel puțin în primii ani de viață, funcții ase-

mănătoare divinității, adică sunt atotputernici, atotștiutori și intangibili, nu de puține ori se întâmplă ca felul în care copilul și-a perceput propriii părinți să fie transferat asupra așteptărilor pe care adultul de mai târziu le va avea față de Dumnezeu sau față de viitorul necunoscut. Astfel, un tată nedrept poate așeza piatra de temelie în reprezentarea unui Dumnezeu nedrept sau a unei lumi nedrepte, sau poate face ca lumea să îi pară copilului ca fiind greșit concepută, absurdă și fără de speranță.

„Cel care crede se va mântui"

„Ambii mei părinți sunt evangheliști. Dar nici unul nu mergea la biserică. Cel mult o dată de Crăciun sau de Paști sau la confirmarea mea. Mama însă se ruga în fiecare seară pentru noi și pentru ea. De altfel au fost chiar dezamăgiți când eu l-am cunoscut pe viitorul meu soț, care nu era religios. Ei nu puteau concepe o căsătorie fără de biserică sau fără cununie. Și mătușa mea evalua oamenii în funcție de credința lor. Dacă cineva avea o credință puternică, era acceptat, dacă nu avea nici un fel de credință sau era catolic, era greșit și nu era luat în seamă. Respingea cu strictețe oricare altă religie". (Relația cu noi-ul originar, raportată la următoarele capacități actuale: credință/religie, timp, contact, supunere, politețe, sinceritate.)

Sinonime și exemple: religie, perspectivă asupra lumii, ideologie, idol, idolatrie, ființă originară, necunoscut, de nerecunoscut, creator, dumnezeu, profet, revelator, credință, trecere, biserică, obiectiv, sens, sensul vieții, viitor, speranță, dubiu, certitudine, ateism, materialism, umanitate, fanatism, criză a credinței, păcate, obsesie religioasă, război în numele credinței, moarte, viața de după moarte, meditație, rugăciune.

Întrebări specifice: Care dintre părinții dumneavoastră era religios? Părinții dumneavoastră aveau o concepție pozitivă sau negativă asupra viitorului? Care era obiectivul vieții părinților dumneavoastră; care este obiectivul dumneavoastră? Priviți plin de speranță către viitor? Cărei religii îi aparținea părinții dumneavoastră? Erau de aceeași părere asupra reprezentării lor religioase și ideologice? Era respinsă ideologia unuia de către celălalt? Erau acceptate reprezentările religioase și ideologice ale părinților de către celelalte grupuri sociale de referință (rude, școală, vecini, colegi, instituții ale statului)? Erau tratate cu toleranță diferențele religioase și ideologice? Existau stereotipii vizavi de alte grupări religioase sau ideologice? Vă rugați sau vă folosiți de vreo formă de meditație? Care dintre părinți se ruga cu dumneavoastră? Care dintre părinți era preocupat de chestiuni precum viața de după moarte, sensul vieții sau esența divină? Ce importanță au pentru dumneavoastră aceste întrebări? Sunteți interesat preponderent de chestiuni religioase, politice sau științifice?

Rezumat: Credința, religia și ideologia, care pot fi considerate sistem general de referință (concepte fundamentale) ale atitudinilor și conduitelor de comportament, influențează conturarea capacităților actuale. În acest context pot fi astfel rezumate și atitudinile religios-ideologice drept informații de fundal ale capitolelor: relația cu sexualitatea (practici și interdicții sexuale, rituri ale comportamentului sexual), educația (rolurile părinților, educație autoritară, tendințe antiautoritare, preferarea fiului sau a fiicei), profesia (limitarea posibilităților profesionale, motivația aflată în spatele meseriei, de exemplu meseria ca serviciu față de omenire, meseria ca autoîmplinire, meseria ca obiectiv al vieții, meseria ca sarcină socială, meseria ca încărcare și îndepărtare de la adevăratele sarcini), relația de cuplu (egalitate în drepturi în relația bărbatului și a femeii; evaluarea ideologică a relației de cuplu ca mijloc de reproducere, ca celulă-nucleu a societății, ca alianță hedonică, ca prescripție obligatorie), contactul social (relațiile sociale prestabilite, de exemplu în castele indiene sau în relația grupărilor, straturilor și claselor sociale între ele; situațiile de contact prestabilite ideologico-religios; de exemplu rugăciunea comună, serbările comune, cântatul, meditatul sau lucrul comun; dorința unei asceze sociale).

Semnificația capacității de iubire

Noi toți ne aflăm într-un câmp de tensiune al relațiilor și raporturilor, delimitat de cele patru medii ale capacității de iubire. Aceste relații aparțin realității noastre; ele sunt însă percepute diferit datorită propriilor noastre experiențe individuale. Individualistul, care este preocupat de propriile sale interese și de un „Tu" obiectual, și care dorește să renunțe la un „tu" personal sau la conceptul de „noi", are totuși o relație caracteristică față de aceste domenii, care poate fi de exemplu caracterizată prin neîncredere. Așa cum există modele ale capacităților actuale, în cadrul cărora capacitățile actuale sunt împărțite conform anumitor evaluări, există și modele ale mediilor capacității de iubire. Un hoț, care atentează la averea altora, nu este tulburat fundamental în relațiile sale din această perspectivă. Mai degrabă el prezintă caracteristici specifice, care îl determină să aibă un comportament contrar regulilor sociale. El poate avea în orice caz o relație apropiată atât cu „eul" său, cât și cu un anumit „tu", un „noi" selectiv, ba chiar cu un „noi originar". În acest context este omis „tu"-ul victimei, respectiv „noi"-ul social, care condamnă furtul, pedepsindu-l prin lege.

Astfel, un mediu al capacității de iubire, ba chiar o formă a relației, poate deveni rivalul celorlalte: a neglija partenerul din cauza unei centrări asupra propriului Eu; a uita de ceilalți oameni în prezența familiei; a neglija familia și propria persoană sub pretextul obligațiilor și al angajamentelor sociale; a trece cu vederea, printr-o accentuare puternică a „noi-ului originar“, nevoile actuale ale celorlalte domenii sau a neglija relația cu „noi-ul originar“, fiind prea ocupat de satisfacerea celorlalte nevoi. Accentuarea anumitor relații poate căpăta astfel caracter de simptom, căci din baza ei se pot dezvolta tulburări în contact cu influențele și schimbările externe:

„Pierderea scopului vieții“

O casnică în vârstă de 52 de ani suferea de depresii puternice, atacuri de panică și nu mai știa, după cum sublinia mereu, ce să facă cu viața ei: „Am sentimentul că totul este lipsit de sens și pustiu. Sunt complet dată peste cap“. Din dialog a reieșit că pacienta avusese până în acel moment două tentative serioase de sinucidere. Cercetând ceva mai în profunzime, au reieșit următoarele lucruri:

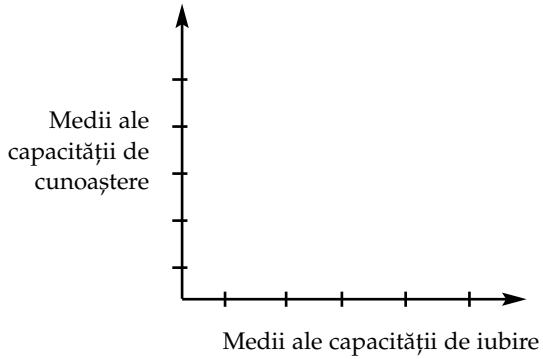
Femeia avea trei copii, pe care îi crescuse singură după moartea soțului, survenită cu douăzeci de ani în urmă. După cum mi-a explicat, nu a dorit să se recăsătorească din cauza copiilor. Odată cu trecerea timpului, toți cei trei copii au părăsit casa părintească, formând propriile lor familii în alte locuri. Așadar, pacienta își „pierduse“ scopul vieții, și anume copiii, neputând găsi nici un surogat satisfăcător. În această situație, pacienta se autopercepea ca fiind inutilă, viața ei lipsită de orice sens și lumea nedreaptă. În conceptele mediilor capacității de iubire: relația principală a pacientei este relația cu „tu“-ul copiilor și cu „noi“-ul propriei familii. Numai prin intermediul acestor două instanțe ea găsea confirmarea propriului eu, pe care îl neglija la fel cum neglija și activitățile sociale și oricare alt tip de interese.

Acest model specific al mediilor capacității de iubire s-a transformat într-un conflict deschis datorită condițiilor externe deosebite, și anume atunci când copiii și-au părăsit mama.

Dacă vrei să aduci ordine în țară, trebuie să aduci mai întâi ordine în provincii. Dacă vrei să aduci ordine în provincii, trebuie să aduci mai întâi ordine în orașe. Dacă vrei să aduci ordine în orașe, trebuie să aduci mai întâi ordine în familie. Dacă vrei să aduci ordine în familie, trebuie să aduci mai întâi ordine în tine însuți. (Proverb oriental)

Integrarea capacităților de cunoaștere și de iubire

Mediile capacităților de cunoaștere și de iubire formează o structură interactivă complexă. În sensul strict al cuvântului, nu se poate vorbi doar de un singur mediu izolat.



Mediile formează, ca forme de manifestare ale capacităților de bază, structura fundamentală pe care se construiesc trăsăturile actuale și deosebirile individuale, pe care noi le descriem cu ajutorul capacităților actuale. Felul în care se dezvoltă mediile capacităților de cunoaștere și de iubire indică structurile capacităților actuale care se vor putea realiza. Nu doar dezvoltarea individului este stabilită prin mediile capacităților de bază, ba chiar comportamentul actual reflectă influența mediilor și importanța evaluării lor subiective.

Comportamentul unui individ este condiționat de o multitudine de factori, aflați în strânsă legătură funcțională. Descrierile, care lasă să se întrevadă un raport clar „dacă-atunci“, pot reda suficient de precis această complexitate numai atunci când unul din factori posedă o preponderență univocă, ușor de recunoscut. Descrierile precum „tulburat sexual“, „exploatat profesional“, „greșit educat“, „fixat religios“, „incapabil de a avea o relație“, „aflat sub stres“, „nesociabil“ etc. sunt astfel de cazuri speciale.

Rezumat: Cum să devenim însă noi înșine conștienți de faptul că și aceste cazuri aparent clare s-au format dintr-o situație de decizie complexă, marcată la rândul ei de o structură individuală a mediilor capacităților de bază și a celor actuale? Această structură este

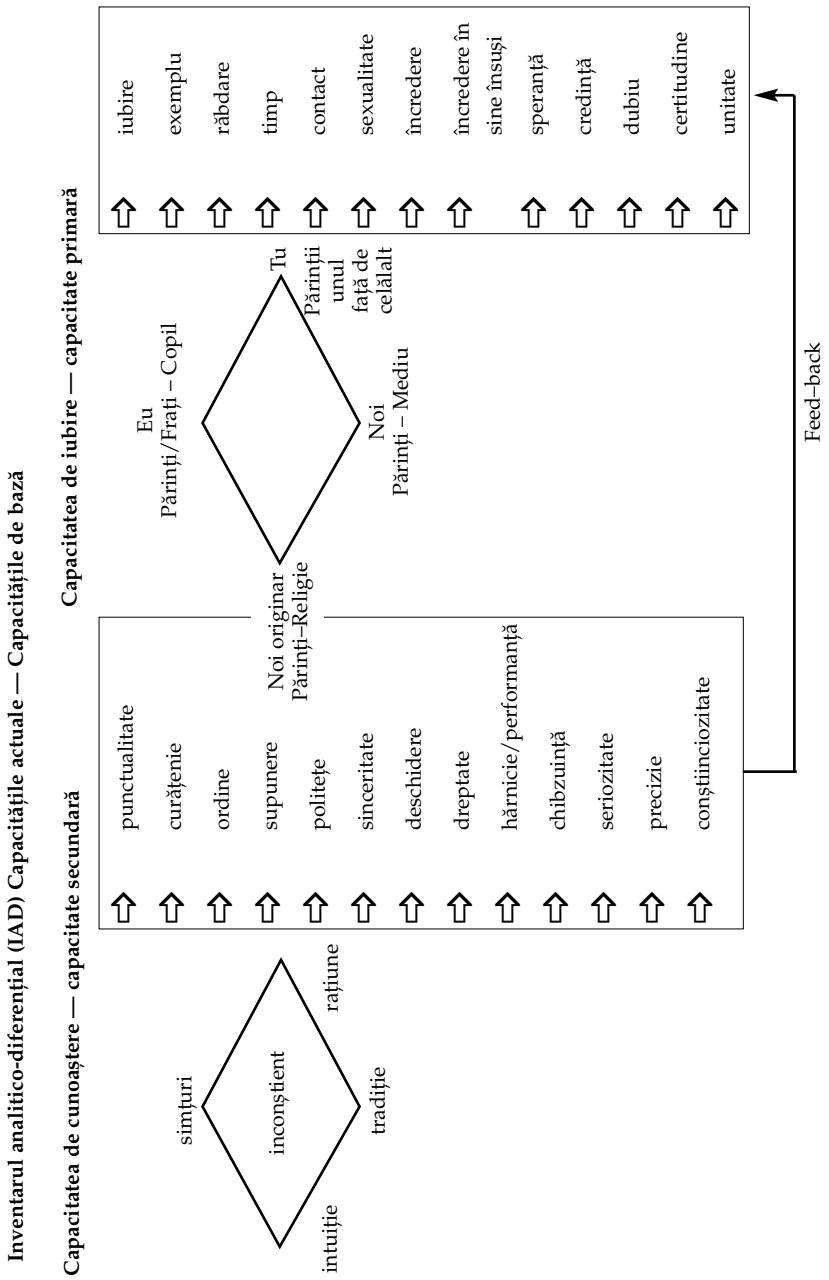
conceptul individului, care include o selecție a evaluărilor, atitudinilor și dispozițiilor sale comportamentale, relevantă din punctul de vedere al conflictelor. Această stare a lucrurilor poate avea importanță atât în educație, cât și în diagnoza terapeutică și în demersul terapeutic.

Capacitățile de bază și capacitățile actuale drept conținuturi ale problematicii transculturale

Ca norme psihosociale, capacitățile actuale sunt dependente de grupurile de referință socio-culturale, în interiorul cărora ele își dobândesc deosebita importanță. Acest lucru este valabil și în cazul mediilor capacităților de bază, în care se reflectă atitudini caracteristice. Chiar dacă apar modele diferite ale capacităților de bază și actuale, ele sunt totuși toate existente în individ într-o formă sau alta. De exemplu, „politețea“: Fiecare individ posedă „politețe“; ea include toate principiile individului respectiv cu privire la conviețuirea interumană precum și la acele reguli preluate din societate legate de conviețuirea interumană care au fost neglijate sau respinse conștient, în funcție de context. În același fel se diferențiază evaluările mediilor capacităților de bază. În spațiul cultural oriental, intuiția este preferată ca mediu al cunoașterii, în vreme ce în Occidentul european există tendința de a-i atribui rațiunii o mai mare importanță. În mod analog, în spațiul european este accentuată relația cu „Eul“ și cu „Tu“-ul, în Orient cea cu „Noi“-ul și cu „Noi-ul originar“. Astfel, capacitățile de bază și cele actuale pot fi privite, pornind de la un sistem de valori condiționat psiho-social, ca măsuri pozitive sau ca deficite. Totuși, se are în vedere și faptul că, în evaluarea capacităților actuale și a mediilor, trebuie ținut cont și de raportul dintre comportamentul evaluat și sistemul de valori luat drept model. Această relativizare devine deosebit de limpede în comparația transculturală. Într-un caz extrem, aceleași moduri de comportament pot fi percepute de către un sistem axiologic ca fiind false, rele, ciudate și de neînțeles, pe când un altul le poate atribui o valoare pozitivă.

Conflict actual — Conflict de bază

Fiecare conflict are istoria sa de formare, care începe de la condițiile trecutului, trecând prin realizarea prezentului și ajungând la așteptările și posibilitățile viitorului. În interiorul acestui „continuum tem-



poral“ se dezvoltă conflictul care îl transformă pe un individ în pacient. Există o serie de teorii legate de geneza conflictului, teorii care pun în evidență importanța anumitor capitole ale vieții sau ale anumitor momente cronologice. Astfel, psihanaliza susține ipoteza conform căreia adultul nu este influențabil în mod semnificativ de către mediul său social. Numai în fazele dezvoltării din prima copilărie ar avea schimbul cu realitatea externă vreo influență asupra dispoziției individului. Această ipoteză este argumentată prin faptul că în aceste faze ale dezvoltării organizarea psihică, în special structura Eului, nu este încă diferențiată definitiv și consolidată. Sub acest aspect, adultul este văzut ca „diferențiat definitiv“ și „consolidat“. Totuși, prima copilărie contribuie esențial la apariția conflictelor.

H. E. Richter (1976) constată „că adultul este confruntat cu o sumedenie de condiții sociale noi, pe care nici nu le poate înțelege complet, nici nu le poate depăși în mod practic numai în baza modelului experiențelor avute în copilărie. El trebuie să găsească răspunsuri noi la probleme care fac referire de exemplu la relațiile sale de cuplu private, la integrarea sa în mediul profesional și la participarea sa la acțiuni politice. Dacă reușește să găsească astfel de răspunsuri noi, el se va schimba datorită lor. Și astfel de schimbări continuă procesul dezvoltării fazei copilăriei și a tinereții“.

Dacă analizăm conflictele psihosociale din perspectiva dezvoltării lor în biografia individului, putem deosebi în mod formal două domenii ale conflictului care au amândouă influență asupra conturării și felului situației conflictuale: conflictul actual și conflictul de bază.

Conflictul actual: El caracterizează acea situație conflictuală condiționată direct de către probleme actuale, precum exploatarea profesională, dificultățile din căsnicie, greutățile cu copiii sau cu părinții și problemele în relațiile interumane. Din punctul de vedere al conținutului, situația conflictuală actuală se desfășoară în cadrul categoriilor de comportament ale capacităților actuale și ale mediilor capacităților de cunoaștere și de iubire, fiind descrisă prin intermediul acestora. Aceste conținuturi, care se află în sistemul de valori subiectiv și în conceptul comportamental, duc la conflicte în confruntări, imediat ce efectele lor depășesc capacitatea situativă de suportabilitate a individului: un copil vine acasă de la școală, ia mapa și o aruncă într-un colț al coridorului. Mama a văzut toată scena din bucătărie și începe să se enerveze îngrozitor. Trebuie să se enerveze mama cu adevărat? Enervarea ei își are fundamentul în ideea că ordinea este deosebit de importantă. Condițiile pentru această idee se află în ceea ce noi denumim conflict de bază.

Conflictul de bază: Situația conflictuală actuală nu apare întâmplător, din senin. Ea se dezvoltă parțial foarte încet, atingând în cele din urmă un prag, la care o situație conflictuală, altfel mai puțin problematică, se transformă într-o tulburare psihică sau psihosomatică. Pentru a face mai bine înțeles acest lucru: În dezvoltarea tulburărilor psihice se întâmplă ca și cu apa, care este încălzită încet și care începe să fiarbă abia atunci când este atinsă o anumită temperatură. Din acest motiv este pusă, legat de conflictul actual, problema dezvoltării situației conflictuale interne și externe și sunt aduse în prim-planul problematicii psihoterapeutice copilăria și mediul în care a fost educat individul. Ajungem aici în domenii în care avem de-a face cu atitudini și caracteristici relativ constante, deci stabile, denumite trăsături de personalitate.

Situația conflictuală care se arată la acest nivel al analizei este denumită conflict de bază. În conflictul de bază sunt incluse evaluări și ponderi, precum și măsura dezvoltării individuale în ceea ce privește mediile capacităților de cunoaștere și de iubire. Ele sunt de asemenea premise conflictuale de bază, precum modelul capacităților actuale achiziționat de-a lungul istoriei individuale. Conflictul de bază poate să nu fie numai o întâmplare singulară, precum de exemplu moartea unei persoane de referință. Mai degrabă ajung să facă parte din ceea ce noi numim conflict de bază toate acele trăiri ale noastre pe care le-am avut referitor la capacitățile actuale și la mediile capacităților de bază și care sunt implicate în conturarea situației conflictuale actuale. A limita conflictul de bază doar la trecut, ar însemna să îl privim unilateral.

Ceea ce lezează ca încărcătură conflictuală de bază înfrângerea realității noastre prezente nu ne afectează numai în luarea deciziilor curente și a mijloacelor de a reacționa, dar ne influențează și viitorul, pe de o parte direct, prin faptul că din conflictul de bază se dezvoltă motive care ne pun în față obiective legate de viitor, îngreunând conflictual aceste posibilități viitoare, pe de altă parte propria atitudine față de viitor, ceea ce noi numim posibilitățile, capacitățile și obiectivele noaste, este împlinită într-o anumită măsură prin intermediul experienței de viață, a conflictului de bază. Se dezvoltă astfel limitări ale obiectivelor, unilateralități, care sunt considerate într-un sens mai profund caracteristici ale nevrozei. Astfel de unilateralități sunt descrise prin intermediul capacităților actuale și al mediilor capacităților de bază.

În psihoterapie, în cele din urmă în fiecare situație legată de relația de cuplu, nu putem judeca alți oameni numai din perspectiva a ceea ce au fost ei cândva sau ceea ce sunt în prezent; trebuie să vedem în ei, în același timp, ceea ce pot deveni și să le acordăm astfel de posibilități de dezvoltare. Astfel, îl acceptăm pe celălalt nu doar în forma sa con-

struită prin intermediul istoriei sale individuale de viață, ci confirmăm în același timp și capacitățile și posibilitățile sale necunoscute. De ce este mama din exemplul nostru de părere că aruncatul mapei în colț e atât de grav, încât trebuie să se enerveze din acest motiv? Răspunsul la această întrebare ar trebui căutat în trecutul privind procesul de învățare al mamei.

Pot fi închipuite următoarele situații: Mama a fost, copil fiind, certată sau pedepsită din cauza dezordinii. Sau: În copilărie a fost privată de sarcini care țineau de ordine, de aceea așteaptă și în continuare ca ceilalți să se îngrijească de ordine etc. Exemplul, care poate fi extins și asupra punctualității, sincerității, politeții, hărniciei etc., implică anumite idei față de legăturile sociale (mediile capacității de iubire) și de mediile capacității de cunoaștere. Mama prețuiește ordinea atât de mult, încât comportamentul copilului îi sare imediat în ochi. Pur și simplu nu îl poate ignora (simțuri). Poate că nu a învățat să se confrunte în mod rațional cu astfel de situații conflictuale (rațiune), și de aceea reacționează mai degrabă spontan și impulsiv (intuiție).

Într-o analiză a situației familiale, s-a stabilit că mama imita într-o anumită măsură comportamentul propriei ei mame (tradiție), identificându-se inconștient cu aceasta. Implicarea emoțională provenea poate în acest caz din faptul că mama se sacrificase pentru copilul său și pentru gospodărie, neglijându-și propriile interese și nevoi (Eul). De aceea, comportamentul copilului a fost perceput ca nerecunoscător și nedrept. Concentrarea atenției mamei asupra copilului își găsea parțial cauza în faptul că soțul nu avea prea mult timp pentru familia lui (Tu) și că mama nu întreținea deloc contacte cu alți oameni (Noi). Speranța mamei se îndreptase deci către copil. Ea era deci fixată asupra acelor norme și reprezentări legate de ordine și supunere, care se aflau adânc împământenite în ea ca premise pentru un „om cumsecade“ (Noi originar).

Rezumat: Pe lângă importanța sa în apariția conflictelor, conflictul de bază a devenit un factor important în relația terapeut-pacient. Această includere este un răspuns la așteptările pacientului vizavi de psihoterapie, de restul încă existent al trăirilor sale anterioare și de „tendința de a închide gestaltul“ existente încă în aceste trăiri, devenind astfel un factor al alianței terapeutice.

Atașare — Diferențiere — Detașare

Evenimentul conflictului actual și al celui de bază este cuprins din punctul de vedere al conținutului în capacitățile actuale și în mediile

capacităților de bază. În fiecare parte a conflictului de bază, în caracterizarea conflictului actual, dar și în perspectiva și așteptările față de viitor există o structură dinamică, pe care noi o putem denumi prin conceptul de „principii de bază“, atât ale dezvoltării, cât și ale conflictelor. Fiecare om parcurge în dezvoltarea sa individuală și în situația legată de relațiile de cuplu diferite stadii caracterizate prin următoarele trei principii:

1. Principiul dezvoltării

Principiul dezvoltării afirmă că toate capacitățile umane sunt predispuse unei transformări continue și că ele se dezvoltă în relație cu vârsta cronologică a omului sau cu istoria evoluției unei culturi. Acest principiu devine neînțelegere atunci când deformările din dimensiunea timpului duc fie la o supra-, fie la o subimplicare. În relațiile interpersonale, principiului dezvoltării îi corespunde *stadiul atașamentului*. Din punct de vedere evolutiv, aceasta înseamnă: copilul este dependent în primul rând de părinții săi. El are nevoie de atenția acestora, care se realizează prin model, răbdare și timp. Părinții se simt la rândul lor legați de copil prin iubire, speranță, credință și responsabilitate.

În acest stadiu, copilul are o poziție preponderent pasivă. El este dependent, în satisfacerea nevoilor sale fizico-psihice (mijloc al simțurilor), de persoanele sale de referință, în special de mamă. Aceasta satisface trebuințele copilului și conduce primele sale încercări de funcții ale cunoașterii, corespunzătoare anumitor modele de comportament învățate și considerate corecte. Acest lucru se întâmplă prin intermediul ritmului de hrănire, prin tehnicile de educație în privința curățeniei precum și prin modul și intensitatea atenției emoționale. Cu alte cuvinte: Copilul, cu capacitățile sale încă nediferențiate și cu poziția sa pasivă primară, intră în interacțiune cu anumite specificități și modele ale capacităților actuale, față de care este pus în situația de a reacționa. Din confruntarea cu acestea, copilul învață primele sale moduri de comportament activ.

Aceeași structură, existentă deja aici, în prima copilărie, se află și în relațiile interumane, în evenimentele și așteptările subiective existente de-a lungul întregii vieți.

Stadiul atașamentului: a ne simți neajutorați, a conta pe atenția unui partener, a ne dori iubire și siguranță, a aștepta de la partener să își facă timp pentru noi, să ne accepte, să fie pregătit să ne asculte, să manifeste răbdare, să ne lase timp, să aibă încredere în noi și să se poarte la rândul lui demn de încredere etc.

Chiar atunci când aceste forme de manifestare ale atașamentului se află într-o strânsă legătură cu modurile de comportament caracteristice primei copilării, „atașamentul“ nu este o atitudine pur și simplu infantilă. Atașamentul joacă un rol în fiecare segment al vieții și în fiecare situație socială, rol care se modifică totuși constant, datorită așteptărilor de rol și al celor specifice vârstei. Chiar și omul bătrân, aflat pe patul de moarte, necesită „atașament“. Atașamentul nu reprezintă astfel numai o continuă repetare a dependențelor din copilărie, ci își manifestă în fiecare situație caracterul propriu, specific, în care sunt incluse într-adevăr experiențe și întipăriri ale fazelor anterioare de dezvoltare. Atașamentul poate dobândi pe deplin caracteristica unei trăsături dominante de personalitate. Vorbim atunci de „tipul naiv-primar“, respectiv de atitudinea pasivă de așteptare, în cadrul căreia vor fi accentuate în special capacitățile primare.

Rezumat: Atașamentul apare situativ în interacțiunea, în relația dintre două sau mai multe persoane, și poate fi descoperit într-o multitudine de forme. Adresa de contact a analizei enunțurilor indică atașamentul, la fel ca și politețea față de partenerul de cuplu sau în general așteptarea ca partenerul să ne acorde atenție sau să ne asculte. Noi nu asimilăm atașamentul numai în noi înșine, ci îl și transmitem mai departe partenerului nostru în cadrul relațiilor de cuplu: ne purtăm astfel cu scopul de a iubi și de a fi iubiți.

2. Principiul diferențierii

Diferențierea este o funcție de bază, concentrată pe capacitățile actuale. Abia prin deosebire putem distinge între nevoile instinctuale și cerințele mediului extern. Astfel putem spune: Învățăm învățând să deosebim.

În treapta diferențierii, precum și în cea a atașamentului, individul este încă dependent de o persoană de referință sau de o autoritate.

Treapta diferențierii: Părinții îl învață pe copil când este vremea mesei, când trebuie să se ducă la culcare, să se spele pe mâini înainte de masă, pe cine să salute, cât de intensiv trebuie să se preocupe de o anumită activitate, cum manevrează banii, când și cum se pun întrebări și cum se învață adresarea verbală, unde se află granițele dintre fantezie și realitate și care din interesele și formele relațiilor sociale merită și din punct de vedere psihic.

În perioadele de viață ulterioare, funcția diferențierii, care poate fi definită prin concepte precum avertizare, deosebire, informare, reguli,

cunoștințe etc., va fi transferată de la părinți către instituții și autorități. Aici pot fi incluse grădinițele, instituțiile pedagogico-religioase, școlile, uceniciile, grupurile celor de aceeași vârstă, situațiile profesionale; în afară de acestea, diferențierile vor fi intermediate și prin mijloacele de informare în masă: ziare, radio, televiziune. Fiecare contact social în care individul este confruntat cu alte norme de comportament și reguli diferite de cele cunoscute de el poate acționa în sensul unei diferențieri.

Stadiul diferențierii iese în prim-plan în interacțiunea socială. Noi nu învățăm numai să diferențiem mediul înconjurător prin încercare și eroare, ci suntem mai degrabă dependenți în mare parte de informațiile provenite din mediul nostru social. Ne aflăm în stadiul diferențierii atunci când dăm sfaturi, când dorim să influențăm o altă persoană sau intenționăm să modificăm atitudinile și comportamentul cuiva. El devine astfel esența cerințelor sociale și a adaptabilității la condițiile corespunzătoare ale mediului extern.

Diferențierea, învățarea socială, nu este numai ceva ce îi este băgat pe gât individului, violându-i-se brutal individualitatea. Dacă se ia în considerare numai acest aspect, va fi ignorată nevoia fiecărui om de diferențiere, care nu poate fi exclusiv o nevoie secundară, condiționată de mediu. Noi toți avem această nevoie de a ne diferența. Această nevoie poate fi identificată în fiecare treaptă a dezvoltării noastre.

Nu numai copilul, care întreabă și învață continuu, și nu numai elevul și studentul, ci fiecare dintre noi, învățăm tot timpul de-a lungul vieții, chiar și atunci când poate că nici măcar nu dorim să învățăm. Diferențierea este și o parte esențială în comunicare. Am vorbit în analiza enunțurilor despre „conținut“. În orice formă a comunicării, fie ea verbală sau nonverbală, pot fi găsite în mod concret indicii către diferențiere, fie că ele se referă la propria stare a nevoilor, fie că îi sunt adresate partenerului sub forma unor interpelări, fie că mijlocesc în mod neutru informații.

Dacă diferențierea este fixată ca trăsătură de personalitate, poate fi dezvoltat un tip de reacție pe care noi îl denumim „tip secundar“, care ține mai puțin cont de atașament, cât mai ales de atingerea unor performanțe cât mai surprinzătoare cu putință.

Rezumat: Diferențierea nu presupune numai ca individul să asimileze informații, reguli exterioare care țin de un comportament decent sau conținuturi de cunoștințe, ci și ca noi să transmitem mai departe conținuturile învățate, să le discutăm și să creăm legături sociale în baza lor- capacitatea de a învăța și de a-i învăța pe ceilalți.

3. Principiul unității

Referitor la evoluția individului, în cadrul căreia poate fi atinsă o unitate specifică în fiecare fază a dezvoltării, unitatea semnifică în cele din urmă realizarea și integrarea capacităților umane într-o personalitate individuală. Aici se poate vorbi și de o anumită autonomie, a cărei importanță crește până la vârsta adultă. În timp ce individului i se spune repetitiv în primele faze ale dezvoltării sale: „Spală-te pe mâini; fă ordine; fii harnic; poartă-te cum se cuvine!“, odată cu dezvoltarea maturității el va avea nevoie de mai puține astfel de informații din exterior. El este acum independent și decide pentru sine însuși și pentru alții. Aceasta înseamnă în același timp că el se va detașa de persoanele de referință apropiate și că își va căuta singur acele informații de care va avea nevoie, asumându-și responsabilitatea asupra lor. Putem vorbi de un *stadiu al detașării*, caracteristic personalității mature. Fiecare „unitate de acțiune“ include *detașarea*, precum și *atașamentul* și *diferențierea*.

Treapta detașării: Detașarea se produce atunci când mama nu mai alăptează copilul, când îl lasă singur în timpul nopții, când copilul învață să se despartă de persoanele de referință, când ia singur biberonul în mână atunci când este hrănit pasiv, când își mută atenția dinspre o jucărie către un alt obiect care îi acaparează interesul. Activitățile motorii ale alergatului eliberează copilul de dependența sa pasivă față de persoana de referință. El învață să se spele singur, să meargă singur la școală, să își caute propriii lui prieteni. Individul tânăr se desprinde de influența părinților, prin faptul că va căuta pe cont propriu anumite informații, va citi cărți, va găsi și alte surse de informare, care îl vor pune adesea în opoziție cu părinții și cu profesorii săi. El își va alege profesia și partenerul de cuplu, grupul de referință, se va despărți de partener. În cele din urmă, detașarea survine odată cu moartea altora, pe care individul o resimte, și cu propria moarte.

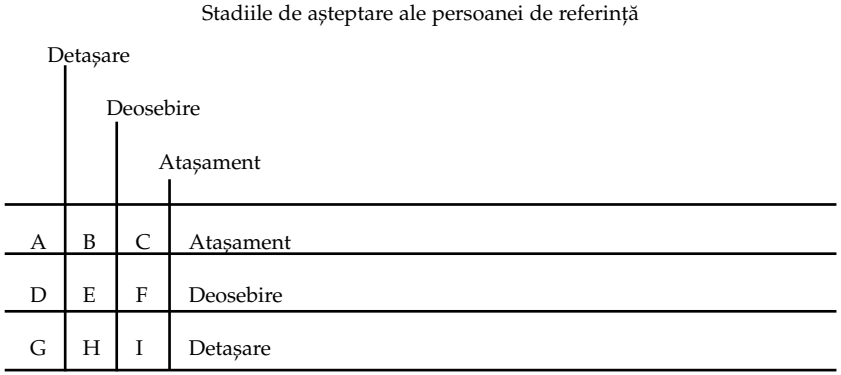
Libertatea inclusă în detașare nu are caracter absolut. Întotdeauna vor rămâne în fantezie autorități și persoane de referință, respectiv capacitățile actuale și mediile susținute de acestea. Ele nu mai reprezintă însă autorități externe, care să necesite, datorită caracterului lor direct de putere, supunerea noastră, ci sunt interiorizate ca autorități, influențând judecățile noastre de valoare, chiar și atunci când nu mai sunt prezente. Mulți oameni oscilează între detașare și atașament, doresc să fie independenți, însă nu pot suporta această independență sau își doresc atenția unui partener, pe care însă apoi o resping din dorința lor de independență. Vorbim aici despre tipul legăturii duble.

Detașarea nu presupune îndepărtarea individului față de un obiect sau o persoană. Ea semnifică simultan direcționarea atenției către un alt obiect, către o altă persoană. Un adolescent care se desparte de casa părintească nu intră apoi, prin această detașare, într-un spațiu complet gol, care nu include nici un fel de relații sociale. Ci atașamentul originar (aici față de părinți) va fi înlocuit printr-un nou atașament față de alte persoane de referință și parteneri.

Rezumat: Această succesiune de detașare și atașament face posibilă stabilirea contactului cu alte persoane și, astfel, cu alte modele de comportament. Aceasta înseamnă: extinderea propriului câmp axiologic și acumularea de noi diferențieri, ba poate și revalorizarea celor vechi.

Analiza interacțională

Stadiile interacțiunii — atașamentul, diferențierea, detașarea — ne oferă o introducere concretă în conflictele actuale interumane. Ele se regăsesc pe de o parte în dezvoltarea individului, respectiv determină nevoile de moment ale partenerului, pe de altă parte se manifestă ca atitudini, dorințe și așteptări ale persoanelor de referință corespunzătoare. Vorbim atunci de stadii de așteptare. Dacă stadiile de interacțiune posibile și stadiile de așteptare ale persoanelor de referință se întâlnesc, cum se întâmplă în cele din urmă în interacțiune, avem următoarele situații conflictuale caracteristice:



Modelul stadiilor unei interacțiuni

În analiza unui conflict trebuie stabilit în primul rând stadiul interacțiunii în care se află partenerul. Se pun următoarele întrebări, care caracterizează stadiul atașamentului:

„Simte partenerul meu (tocmai acum) nevoia de a fi cu mine?“ „Are el nevoie de atenția mea?“ „A dezvoltat el o relație emoțională intensă față de mine?“

Interacțiunea nu există numai ca relație emoțională. Partenerul are nevoie la anumite intervale de informații și de avertizări. Următoarele întrebări indică stadiul de avertizare/diferențiere:

„Îi lipsesc partenerului meu informații?“, „Are el nevoie de sfatul meu?“, „Are nevoie de părerea mea pentru a lua o decizie?“

Stadiul detașării față de partener este în cele din urmă echivalent cu slăbirea, modificarea sau desprinderea relațiilor afective. Vorbim de desprindere atunci când cineva părăsește casa părintească pentru a trăi pe cont propriu, când încearcă să își impună propriile reprezentări, când dorește să ia propriile decizii. Aici întrebăm:

„Dorește partenerul meu să ia singur o decizie, fără a mă consulta și pe mine?“, „Îi limitează sfatul meu independența personală?“, „Pretinde el independență?“

Fiecare din aceste stadii întâlnește un stadiu de așteptare al persoanei de referință. Te întrebi:

„Mă aștept eu ca partenerul meu să rămână lângă mine, să mă ajute, să se simtă atașat afectiv de mine și să îmi fie recunoscător?“ (atașament). „Simt eu nevoia să îi dau sfaturi partenerului meu, să îi influențez deciziile sau să îl avertizez?“ (avertizare/deosebire). „Aștept independență de la partenerul meu? Nu doresc să îmi asum responsabilitatea pentru el? Consider că e corect să îl las liber?“ (detașare)

Când stadiul așteptării în ceea ce privește atașamentul persoanei de referință întâlnește nevoia de atașament a partenerului, când nevoia de avertizare este în concordanță cu informația și avertizarea oferite, urmând o desprindere datorată în aceeași măsură ambelor părți, atunci nu putem vorbi de situații încărcate conflictual. Ele devin astfel atunci când persoanele de referință și partenerii lor nu se află în concordanță în ceea ce privește stadiile, respectiv semnificațiile lor, sau atunci când înțeleg lucruri diferite legate de fiecare stadiu în parte. Conform modelului nostru, există nouă astfel de posibilități conflictuale.

A: Nevoia de atașament a partenerului întâlnește așteptarea și nevoia de detașare a persoanei de referință.

Situație: Fetița în vârstă de patru ani dorește să se joace cu tatăl ei, să stea în poala lui și să fie mângâiată. Tatăl se retrage, argumentând că nu are timp și că un copil nu trebuie răsfățat.

Tulburări tipice: sindromul neglijării, asociat cu angoasa de a rămâne singur și cu angoase de separare; dependență afectivă puternică; nerăbdare sau toleranță față de angoasă.

B: Nevoia de atașament a partenerului întâlnește dorința persoanei de referință de a oferi informații și avertizări.

Situație: Femeia în vârstă de 28 de ani a așteptat toată ziua ca seara să își manifeste tandrețea față de soțul ei. Când soțul a venit acasă, a început să se plângă: „Observ că masa nu e gata încă și că lucrurile copiilor sunt încă împrăștiate pe podea. Mă întreb uneori la ce bun să te mai căsătorești.“

Tulburări tipice: Suprasolicitare; abuz de încredere; oscilații ale dispoziției; agresivitate; oscilație între iubire și ură; frică de dezamăgiri; inhibiții față de un model copleșitor.

C: Un partener își dorește atașament. Persoana de referință îi oferă însă o altă formă de atașament decât cea așteptată de el.

Situație: Un elev în vârstă de 18 ani este invitat la o festivitate organizată de către părinții săi. El se simte însă nesigur între adulții necunoscuți și caută sprijin și siguranță în apropierea față de mama sa. Aceasta le explică musafirilor: „Ce băiat mare am“, și îl sărută. Adolescentul afirmă mai târziu: „Mai aveam puțin și intram în pământ de rușine“.

Tulburări tipice: detașare forțată; abuz de încredere; criză generațională; agresivitate; respingere afectivă; sentimentul de a se simți neînțeles.

D: Partenerul are nevoie de informații, avertizări și indicații verbale. Însă persoana de referință pretinde de la el independență, decizii libere și nu îi acordă nici un sprijin.

Situație: Un tânăr în vârstă de 17 ani are o nouă prietenă, pe care o place foarte mult, însă pe care nu prea se poate baza. El dorește un sfat de la mama lui. Mama îi răspunde: „Până acum nu mi-ai cerut niciodată părerea și ai făcut-o pe independentul. Du-te la tatăl tău. Pe mine oricum mă depășește situația.“

Tulburări tipice: criză de încredere; suprasensibilitate; sentiment de nesiguranță; nedumerire și supracompensare.

E: Partenerul își dorește diferențieri, informații, pe care însă nu le primește de la persoana de referință în forma dorită sau le primește într-o formă neplăcută pentru el.

Situație: O femeie casnică în vârstă de 53 de ani se plânge: „Mașina noastră de spălat, pe care o foloseam de șase ani, s-a defectat vinerea trecută. Voiam să știu de la soțul meu cum să procedez. În loc să îmi dea un răspuns clar, s-a apucat să îmi reproșeze ore în șir că ar trebui

să fiu mai atentă cu mașina, că sunt femeie și deci n-am deloc habar de tehnică și că eu sunt de vină pentru că s-a stricat. De acum încolo nu îi voi mai cere sfatul."

Tulburări tipice: agresivitate latentă sau manifestă; retragere; atitudine de evitare; blocarea comunicării; dezamăgiri.

F: Partenerul simte nevoia de informații, avertizări și ajutor în luarea deciziilor. Persoana de referință, dimpotrivă, dorește menținerea stadiului atașamentului, prin acordarea de atenție și tandrețe.

Situație: Un angajat în vârstă de 35 de ani are probleme profesionale. El dorește să afle dacă e cazul să se reorienteze profesional. Mama sa vine în vizită și spune: „Tu ai și așa prea mult de lucru și arăți foarte rău. Vino la noi pentru câteva zile să mănânci cum trebuie și te vom pune pe picioare".

Tulburări tipice: inhibiții ale agresivității; dificultatea de a lua decizii; atitudine ambivalentă față de iubire; așteptări foarte mari față de propria persoană și față de persoanele considerate drept model; conflict în situația familială.

G: Persoana de referință răspunde nevoii de detașare a partenerului printr-o altă formă de detașare.

Situație: Fiica în vârstă de 17 ani a unui medic vrea să se mute de acasă, însă dorește în același timp să păstreze, de la distanță, relația bună cu părinții ei. Mama reacționează: „Nu înțeleg cum poate fi atât de nerecunoscătoare, după câte i-am oferit. Dacă se mută, nu mai vreau să am deloc de-a face cu ea. Nu aș suporta așa ceva."

Tulburări tipice: Exagerare; subestimare; reacție de tipul totul sau nimic; conflicte generaționale; angoase legate de despărțire; agresivitate latentă sau manifestă; sentimente de culpabilitate; respingerea afectivă a persoanei de referință; sentimentul de a fi încolțit; neîncredere; izolare; dușmănie; reacții de tristețe exagerate; conflicte matrimoniale; depresie de detensionare.

H: Partenerul dorește să fie independent. Persoana de referință nu îi recunoaște însă această independență dorită sau atinsă, ci încearcă să o împiedice prin propriile sugestii și sfaturi.

Situație: O femeie în vârstă de 38 de ani, proaspăt căsătorită, este vizitată de către mama ei. Aceasta se uită sceptică prin apartament și începe: „Cât praf e prin colțuri. Ce bine că am venit. Astfel îți va arăta tot mama ta bătrână ce înseamnă curățenia. Soțul tău o să creadă că nu te-am învățat cum trebuie ținută o gospodărie."

Tulburări tipice: agresivitate — inhibarea agresivității; sentimente de culpabilitate; ură; tăcere înciudată; respingere afectivă a modelului; a nu mai dori să asculți; dificultatea de lua decizii; blocarea capacității de acțiune și nemulțumire.

I: Partenerul simte nevoia de a fi independent și detașat. Persoana de referință opune acestei nevoi propria ei așteptare de atașament.

Situație: Fiica în vârstă de 18 ani dorește să studieze. Ea este acceptată la o universitate aflată la 300 de kilometri distanță față de locul ei natal. Tatăl adoptă următoarea atitudine: „Nu intră în discuție. Știm cu toții ce se poate întâmpla. Nu o să te ții de carte acolo. Pe lângă asta, e o prostie să studiezi atâta, învață mai bine o meserie cumsecade și rămâi aici cu noi".

Tulburări tipice: subestimare; dependență; egoism; sentiment de culpabilitate; agresivitate latentă sau manifestă; oscilare între iubire și ură; neîncredere; dificultate de a lua decizii.

Rezumat: Aceste nouă forme de interacțiune pot servi drept orientări atunci când se încearcă analizarea conflictelor apărute în cuplu. Cu ajutorul lor pot fi delimitate destul de bine problemele existente într-un anumit moment. În cele ce urmează se va arăta cum se poate apela în mod sistematic și constructiv la metode de autoajutorare, luând în considerare un asemenea ajutor orientativ.

Aplicabilitatea stadiilor interacțiunii

Dacă până acum am tratat stadiile interacțiunii ca surse de conflict, a fost scos în evidență doar un singur aspect. O relație socială este de neînțeles fără atașare, deosebire și detașare. Dacă se face abstracție de descrierea aspectelor și distorsiunilor mai degrabă regretabile ale relațiilor interumane, stadiile interacțiunii dobândesc o semnificație terapeutică: fixațiile în stadiul atașamentului, așa cum apar ele în relațiile părinți-copil sau în relațiile de cuplu în care se manifestă gelozia, deosebirile unilaterale, care servesc la menținerea raporturilor de dependență sau care împiedică orice raport emoțional mai intens, și detașările, care se produc abrupt și fără pregătire — toate acestea devin accesibile prin intermediul stadiilor interacțiunii autoajutorului și ale terapiei. Am prezentat mai sus câteva exemple din terapie, care pot servi într-o anumită măsură drept măsuri de ajutorare.

Mențiuni referitoare la treapta atașamentului

Atunci când apar probleme de atașament, în forma relației mamă-fiu, tată-fiică sau în dorințele de a se agăța de partenerul de cuplu, nu atașamentul este cel care trebuie tratat, ci capacitatea de a se detașa, care trebuie încă parțial învățată.

Solidaritatea e bună. Dacă este însă folosită pentru a discredita un alt membru al familiei, profesori, vecini, alte persoane sau grupuri, atunci ea sprijină în mod unilateral un atașament raportat la propriul eu: ceilalți sunt răi; eu îmi sunt singurul prieten adevărat. Din această perspectivă rezultă, în cazurile extreme, renunțarea la relațiile sociale, persoana de referință rămânând în această situație singurul punct de sprijin. Cu atât mai mult se vor întoarce problemele din școală, din relația de cuplu, din căsătorie, serviciu, boală și moarte împotriva respectivei persoane de referință, care a împiedicat, prin accentuările sale bine-intenționate asupra atașamentului, dezvoltarea procesului de detașare: *Vorbește pozitiv despre ceilalți.*

Dacă este posibil, ar fi bine ca mama, respectiv persoana de referință stabilă, să nu lucreze în primul an și jumătate după nașterea copilului. Copilul nu numai că are nevoie să fie iubit, dar și ca această iubire să îi fie arătată constant. Copilul, și nu numai el, ia cunoștință de mediul înconjurător prin corpul și simțurile sale; tandrețea, a fi mângâiat și îmbrățișat, influențează durabil sentimentul despre ceea ce înseamnă viața. Copilul necesită un climat afectiv plăcut în familie. Din aceste motive, certurile trebuie rezolvate constructiv și nu purtate în fața copilului.

Copilul nu este un obiect, ci el reprezintă în fiecare stadiu al dezvoltării sale un partener al persoanei de referință. Educatorul nu este stăpân, exclusiv tutore. Copilul nu trebuie numai să mănânce corect, el are și alte simțuri și nevoi, care trebuie satisfăcute atunci când apar (să cânte, să se joace, să vorbească, să i se spună povești, să facă mișcare, sport).

Și adultul are nevoie de atașament, de atenție, de tandrețe și de un partener care să îi aloce din timpul său: nu uita de partenerul tău când sunt în preajmă copii sau musafiri.

Atașamentul nu înseamnă numai a merge împreună în pat, ci a-ți face timp pentru activități, pentru planuri și evenimente comune.

Tot de atașament ține și modelul pe care ni-l reprezentăm vizavi de partenerul nostru, fie el copil sau adult.

În acest stadiu, cuvântul se află mai puțin în prim-plan. Mai important este modelul; atașamentul poate fi dezvoltat nu numai față de anumiți parteneri (Tu-ul), ci și față de grupuri (Noi) și de principii supraordonate (Noi-ul originar); mijloacele de a intra în relație cu acestea sunt rugăciunile și meditațiile.

În educație, în relația de cuplu și în practica medicală există mereu cerința ca individul să se identifice, în sensul atașamentului, cu aproapele său. În fundal se află pretenția ca respectivul individ să se transpună complet în situația partenerului său. Oricât de dorit ar fi

acest lucru, la fel de suprasolicitant ar putea el să fie pentru unul sau celălalt dintre parteneri: nu poți înțelege trăsăturile partenerului cu care dorești să te identifici, intri din această cauză în conflicte și tensiuni interioare, pe care le respingi, respingându-ți în cele din urmă afectiv partenerul. Cu alte cuvinte: dorința de a te identifica total cu partenerul poate duce ușor la opusul ei, și anume o respingere puternic încărcată afectiv a celuilalt. Dimpotrivă, ne vine mai ușor să ne identificăm numai cu anumite părți ale personalității partenerului, delimitând gradual această identificare proiectată. Vorbim aici despre identificare parțială și fracționară. Piatra de temelie pentru acest tip de identificare o furnizează sistematica inventarului analitico-diferențial.

Mențiuni referitoare la treapta diferențierii

Cu cât te transpui mai mult în sistemul capacităților actuale, al mediilor capacităților de bază și al neînțelegerilor, cu atât mai mult vei fi în stare să deosebești situații, să delimitezi conflicte și să reacționezi adecvat la ele.

A răspunde la întrebările copilului, a discuta cu partenerul de cuplu despre trăiri și probleme, a spune ce gândești (sinceritate) astfel încât celălalt să înțeleagă și să nu se simtă rănit (politețe).

A-ți exprima față de partener într-un mod acceptabil (adresă de contact) dispozițiile, ordinele, îndemnurile și dorințele, a i le argumenta (conținut) și a indica urmările lor (simptom).

A nu vorbi numai despre ceea ce s-a întâmplat, ci și despre ceea ce se poate face, ceea ce este de dorit să se facă și ceea ce urmează să se întâmple în viitor legat de sine și de partener (trecut-prezent-viitor).

A clarifica de ce faci un anumit lucru, cum evaluezi un comportament și ce domenii vor fi implicit afectate (capacitățile actuale). Nu este suficient să dezvolți capacități numai în anumite domenii, neglijându-le pe celelalte. Nu este suficient să speri, dar să fii în același timp nepunctual, infidel sau risipitor. Diferențiază și celelalte capacități actuale în tine însuți și în partenerul tău.

Modelul pe care îl ai în raport cu partenerul tău îi favorizează acestuia anumite evaluări proprii și exemple de deosebiri. Este bine să îți amintești din când în când: nu spune numai că îți dorești să fie ordine, fii tu însuți ordonat; nu pretinde numai răbdare, ci exerseaz-o mai întâi pe tine însuți.

Stadiul preliminar al deosebirii este jocul, raportul ludic cu obiectele. Un copil care nu a văzut niciodată o apă mai adâncă, nu va putea înota imediat; un copil care nu a avut niciodată bani de buzunar, va

avea dificultăți mai târziu în a-și administra propriile resurse financiare. Mijlocul prin care se învață deosebirea este explicația: de ce un lucru este așa și nu altfel, cum funcționează și ce se poate face cu el.

Învață să diferențiezi între fire și trăsătură: când cineva greșește, nu devine rău din această cauză, ci înseamnă că a dezamăgit anumite așteptări sau că a încălcat regulile. Spune-i exact la ce situații și capacități actuale te referi. El poate schimba mai ușor anumite capacități actuale decât pe sine însuși.

Diferențierea poate fi de ajutor chiar și când au apărut tulburări și conflicte: tulburările și conflictele nu sunt principial negative, ele pot avea chiar urmări pozitive. Atunci când un copil este neascultător, poate fi întrevăzută capacitatea sa de a se impune. Nu este vorba numai de îndepărtarea tulburărilor, ci de recunoașterea posibilităților favorabile de dezvoltare, de indicarea tulburărilor și de utilizarea acestor posibilități.

Mențiuni referitoare la treapta desprinderii

Cu fiecare acțiune pe care o întreprindem, cu fiecare capacitate actuală pe care o dezvoltăm, noi dezvoltăm și independența care ne favorizează posibilitatea desprinderii. Detașarea înseamnă construirea de relații pe cont propriu, desprinderea de partener și îndreptarea atenției către o altă persoană sau redirecționarea ei către același partener. Capacitatea de detașare este aici echivalentă cu libertatea personală.

Când îi spui partenerului ceva în mod politicos și sincer, argumentând suficient, el are nevoie de timp pentru a lua o decizie. Acest lucru nu i se poate lua. El singur trebuie să își asume decizia, azi, mâine, sau poate într-un viitor mai îndepărtat.

Nu oricine se poate desprinde într-un anumit moment; unii au nevoie de mai mult atașament, alții de mai multă deosebire (unicitate).

Un individ care nu își cunoaște decât partenerul și părinții are o șansă scăzută de a se desprinde de aceștia. Uneori acest lucru se întâmplă abia odată cu moartea lor. Capacitatea de detașare poate fi exersată ca oricare altă capacitate.

Dacă această capacitate de detașare este insuficient diferențiată, se poate întâmpla ca încercarea de detașare să fie imediat sufocată prin atașamentul sau deosebirea provenite din partea persoanelor de referință. Pe de altă parte, detașarea poate lua aici uneori o formă explozivă, devenind echivalentă cu distrugerea unei relații.

Când un individ se desprinde de un partener sau de un grup, nu înseamnă neapărat distrugerea relației, ci poate semnifica o restructurare, o reevaluare și o dezvoltare ascendentă a relației. Atunci când ci-

neva se desprinde, nu are nevoie numai de disponibilitatea de a se detașa de persoanele de referință, ci și de un atașament și o deosebire corespunzătoare.

Detașare graduală: a lăsa copilul uneori singur; a-i da posibilitatea să rezolve singur anumite sarcini; a-i permite să meargă în vizită la alți copii și să primească el însuși musafiri; a-i asigura atașamentul, astfel încât el să capete încredere în sine; a-i oferi deosebiri, astfel încât el să poată acționa independent și să se poată desprinde de rețeaua socială a părinților; a-i cere să îndeplinească anumite sarcini (a-l trimite la cumpărături; a-și face singur ordine conform propriei sale concepții); a-i prezenta drept model forme acceptabile de detașare: părinții pleacă de acasă și îl lasă pe copil singur într-un context lipsit de anxietate; copiii înnoptează uneori la rude; părinții lipsesc din când în când și în timpul nopții; desfășori anumite activități independent de partener, căruia îi acorzi același drept.

Nici o relație de cuplu, nici o relație socială nu durează la nesfârșit. Te poți despărți fizic, social și psihic. Trebuie să ne despărțim psihic și prin moarte, căci acest lucru face parte din esența ființei noastre. Și moartea este o formă de detașare și necesită o pregătire, la fel ca oricare altă formă de detașare și, în general, ca oricare altă capacitate.

Rezumat: Putem înțelege mai bine o serie de conflicte umane cu ajutorul celor trei stadii ale interacțiunii: „atașament-deosebire-detașare“. Pentru că stadiile își dobândesc prima semnificație individuală deja în copilăria timpurie și pentru că își păstrează forma asemănătoare de-a lungul vieții, ele capătă o mare rezonanță în viața afectivă. Ele își dobândesc însă semnificația legată de conținut doar atunci când se știe la care din domeniile legate de comportament (capacitățile actuale) și de cunoaștere (mediile capacității de cunoaștere) se face referire. Obiectivul analizei stadiilor interacțiunii este înainte de toate acela de a face cât mai transparente procesele care se derulează în individ de-a lungul dezvoltării sale și de a rupe cercurile vicioase apărute în urma neînțelegerilor. Astfel poate fi aplicată analiza stadiilor interacțiunii în educație, în procesul de autoajutor și în psihoterapie.

Analiza diferențială și apariția bolii

Analiza diferențială este dedicată psihologiei vieții cotidiene. Cotidianul nu este ceva mai puțin important. Căci tocmai evenimentele aparent monotone prin repetabilitatea lor influențează felul în care ne percepem pe noi înșine și mediul înconjurător.

Multora le pare inutil să se preocupe de ceva ce încă funcționează bine într-o anumită măsură. Această atitudine, existentă și în medicină și în psihoterapie, este mai puțin rațională decât cea a șoferului care verifică măcar din când în când uleiul din mașina sa. Conform concepției generale asupra terapiei individului, motorul defect este mai degrabă demontat din când în când. Conflictele și tulburările nu apar însă din neant, ele sunt mai degrabă răspunsuri la potențialul capacităților omului de a răspunde diferitelor influențe stimulatoare sau inhibatoare ale mediului extern. Sănătatea și boala nu pot fi zugrăvite în alb sau negru, căci, în cele din urmă, ambele constituie răspunsuri la posibilitățile și la capacitățile de evoluție ale individului. De aceea, boala considerată conflict reprezintă posibilitatea de a se confrunta cu ceea ce se află dincolo de suprafață, din punctul de vedere al potențialului conflictual.

Omul este o ființă complexă, care nu poate fi descrisă pur și simplu prin funcții lineare. O terapie care identifică în toți oamenii conflicte legate mereu de aceleași domenii (sexualitate, viață profesională, religie etc), și care acceptă numai anumite funcții drept cauze ale conflictelor, trebuie neapărat să țină cont de nevoile individului. Poate că pentru unii ele sunt valabile, dar pentru alții pot fi un medicament fals, pot fi chiar otravă. De aceea, noi am încercat, prin intermediul analizei diferențiale, să creăm un model care să cuprindă complexitatea fizico-psiho-socială a personalității, nu în cel mai mic amănunt, dar în trăsăturile ei esențiale. Pornind de la acest model, putem identifica domeniile conflictuale individuale și le putem folosi țintit ca obiect al terapiei.

În baza acestui concept, fiecare boală poate fi redusă la conținuturile terapiei analitico-diferențiale. *Astfel, analiza diferențială, psihoterapia pozitivă nu reprezintă numai o formă de terapie pentru anumite tablouri clinice, ci ele oferă un potențial concept de bază pentru toate bolile.* Analiza diferențială oferă modele cu obiectivul de a descrie și de a explica tulburările psihosomatice și legăturile lor. Astfel, pot fi descrise, cu ajutorul capacităților actuale și ale mediilor capacităților de bază, fără a fi presupuse interdependețe cauzale, informațiile de fundal dobândite prin încercarea de a înțelege situația unui individ, asociate cu apariția unei tulburări digestive sau a unei tuberculoze pulmonare. Pe de altă parte, pot fi identificate diferite relații și legături între tulburările psihosomatice și capacitățile actuale și cele de bază.

În apariția bolilor psihosomatice, pot fi recunoscute adesea indicii care trimit la stări conflictuale privitoare la relațiile interumane ale pacientului. Această problematică se prezintă în trăsăturile ei de bază ca tensiune între propriile valori și moduri de comportament, și cele ale partenerului social și normele societății. Poate fi identificată astfel o legătură, de

exemplu între tulburările vegetative, precum iritațiile stomacale sau ulcerul, și concepte precum ambiția accentuată, prestigiul, asumarea crescândă de responsabilități. Tulburărilor funcționale de respirație, precum astmul și inflamațiile intestinului gros, le pot fi asociate stări tipice de comportament, precum politețea accentuată, conștiinciozitatea, pedanteria, distanța socială, lipsa contactului, neîncrederea și frica de eșec. La pacienții cu tulburări cardiace funcționale identificăm adeseori un nivel ridicat al exigenței față de sentimentele latente de slăbiciune și de neputință. Pacienții cu tulburări ale vezicii biliare prezintă adesea un caracter pașnic surprinzător, amabilitate, modestie, generozitate și disponibilitatea de a se dedica altora. Spiegelberg (1965) descrie în legătură cu ulcerele (colitis ulcerosa) un tablou caracteristic al influențelor depresive, combinate cu pasivitate, devotament și pierderea speranței. Pentru tulburările funcționale, sunt învinuite suprasolicitările de natură nervoasă și psihică. În acest context, un rol important îl joacă angoasele, eșecurile și supărările, dependente atât de factorii de mediu, cât și de temperament și de structura de personalitate a pacientului. Suprasolicitarea nervoasă este de cele mai multe ori de natură subiectivă, ceea ce înseamnă că aici pot fi arareori întâlniți pacienți care trăiesc în condiții profesionale extraordinare sau care sunt supuși altor tipuri de responsabilități. Mai adesea sunt întâlnite probleme în cercul familial, supărări la serviciu sau pur și simplu frica față de chestiunile triviale ale vieții cotidiene, care se pot manifesta în acești pacienți prin: senzația de uscăciune a gurii, dificultăți de înghițit, pierderea apetitului, balonări, înghițit în gol, senzație de rău, stări de vomă, senzații de apăsare, dureri convulsive în abdomenul superior, diaree, constipație, regurgitare, pirozis, dezgust față de ingerarea de alimente, salivație crescută, senzația de suprasaturare sau pierderea greutății (vezi și Seemann și Herschl, 1970).

Analiza diferențială posedă patru modele pentru descrierea și explicarea bolilor psihosomatice și a tulburărilor psihice:

1. Modelul descrierii. Cu ajutorul capacităților actuale și al mediilor capacităților de bază poate fi descris fundalul unei tulburări psihosomatice și efectele sale psihosociale, fără a fi neapărat presupusă în mod necesar o interdependență cauzală. Situația profesională a unui pacient bolnav de ulcer stomacal nu va fi descrisă numai în mod general ca suprasolicitare profesională sau stres, ci și cu ajutorul funcțiilor capacităților actuale, ale mediilor capacităților de bază și conceptele corespunzătoare lor, precum accentuarea hărniciei/performanței, chibzuinței, sincerității și lipsei de încredere. Descrierile mai sus-menționate includ, sub acest aspect, simptomele capacităților actuale la care fac referire. Formele variate ale capacităților actuale pot fi întâlnite aproa-

pe în mod exemplar în cele trei domenii ale vieții: *Sexualitate* (relația de cuplu), *Carieră* (hărnicie/performanță) și *Religie* (concepții despre lume).

Sexualitatea, cariera și religia au o triplă funcție: ele sunt dimensiuni ale dezvoltării și apar în acest sens și în inventarul capacităților actuale. În afară de aceasta, toate cele trei domenii pot constitui condiții și cauze ale tulburărilor, devenind în continuare câmpul de luptă al acestor tulburări. Nu există însă nici o ordine clară, conform căreia acela care suferă de probleme sexuale și ale vieții de cuplu să își exteriorizeze aceste probleme chiar în domeniul sexualității sau al relației sale intime, la fel de puțin precum și dificultățile profesionale sau religioase se manifestă întocmai în ariile lor de origine. Aceste domenii se află mai degrabă, precum și cel fizic, psihic și social, în relații funcționale reciproce în cadrul sistemului complex uman. Pot lua naștere aici, din perspectiva unui proces de echilibrare care să garanteze într-o anumită măsură economia personalității, diferite mutări, restructurări și relații în zig-zag, care îngreunează fără îndoială enunțurile cu privire la ce înseamnă de fapt primar sau secundar. În toate cele trei domenii sunt reprezentate capacitățile actuale, care constituie categorii întinse și care pot fi raportate atât la domeniul sexual, cât și la cel profesional și religios-ideologic. Astfel, prin acceptarea capacităților actuale drept principii supraindividuale, este risipită orice fel de contradicție aparentă.

„Mă consideră un ratat!“

„Sexualitatea mea este total dată peste cap. Până să poată intra în discuție un contact sexual cu soția mea, începe tot tărăboiul. Mi-e atât de neplăcută toată situația asta. Soția mea mă consideră un ratat. Și totuși eu am succese profesionale, ca nici un alt bărbat de vârsta mea. Fără a mă lăuda, am talent organizatoric și pot să interacționez bine cu oamenii. Sunt în picioare de dimineața devreme de la 7 până seara la 10, pentru a putea să organizez și să controlez tot. Și în puținul timp care îmi mai rămâne pentru mine și soția mea, mă dovedesc a fi și nepriceput din punct de vedere sexual. Acest lucru nu era așa înainte…“ (directorul, în vârstă de 44 de ani, al unei societăți farmaceutice).

Aici a fost dovedită accentuarea hărniciei/performanței, obligația de a avea succes ca principiu guvernant, care a afectat atât domeniul sexual-marital, cât și pe cel profesional. În următorul exemplu, temele principale sunt sexualitatea, fidelitatea și punctualitatea, care au dus la un conflict de natură profesională, determinând apariția unor simptome manifestate prin depresii și tulburări ale somnului:

„Nu sunt bună de nimic!“

„Sunt o persoană complet inutilă. În fiecare zi simt acest lucru la birou. Colegii și șeful meu se uită strâmb la mine. Acum am fost chiar amenințată cu concedierea. Cel mai mult mi-aș dori să îmi pot schimba locul de muncă sau, și mai bine, să iau somnifere (…) Întotdeauna ajung în întârziere. Niciodată nu reușesc să mă trezesc la timp. Numai săptămâna trecută am întârziat de mai mult de trei ori (…) În fiecare seară după terminarea programului, aștept ca prietenul meu să vină pe la mine. El vine uneori imediat, alteori abia la miezul nopții, și în ultimul timp aproape că nu mai vine deloc. Eu îl aștept însă în tot acest timp și nu pot adormi înainte de ora trei noaptea. Când vine, timpul trece mult mai repede. Avem atât de puțin timp pentru noi“ (secretară în vârstă de 27 de ani, depresie).

Între relația de cuplu, religie și carieră există legături asemănătoare. Acest lucru este dovedit prin următorul caz: o pacientă în vârstă de 26 de ani, care suferea de tulburări cardiace, atacuri de panică, insomnii și dureri de stomac, descrie situația sa:

„Nechibzuință datorată infidelității“

„Nu mai pot să trăiesc în continuare cu soțul meu sub același acoperiș. Mă dezgustă până în adâncul ființei mele; nici nu pot descrie în cuvinte ceea ce simt. Pur și simplu nu pot să înțeleg cum de m-am căsătorit cu un asemenea om. Am descoperit că a fost și cu alte femei înainte să se însoare cu mine. Acest lucru mi se pare de neacceptat. De unde să știu eu că el nu are și acum pe la spatele meu încă o iubită. Când îl sun la firmă, adesea nu e acolo. Aș vrea să aflu ce face el în timpul ăla. Mai are și tupeul să îmi zică că apelurile mele îl deranjează și că îl fac de râs în fața colegilor. El singur s-a făcut de râs atunci când s-a dus la curve.“

Părinții pacientei aparțineau unei comunități religioase, în cadrul căreia sinceritatea și fidelitatea constituiau imperative esențiale, infidelitatea fiind echivalentă cu ruperea căsătoriei și cu rușinea, în special pentru partener. Pornind de la acest concept religios au luat naștere problemele în relația de cuplu, care s-au repercutat și asupra situației profesionale a soțului.

2. Modelul microtraumelor: Acumularea experiențelor dureroase, în special în ceea ce privește capacitățile actuale și mediile capacităților de bază, duce la sensibilizarea anumitor domenii ale personalității în fața conflictelor. Menționarea permanentă a acestor zone sensibile (de exemplu nepunctualitatea față de un partener pentru care punctualitatea este foarte importantă) duce la stări de tensiune care pot deveni independente de sistemul nervos, hormonal sau or-

ganic. A fost demonstrată legătura dintre influența exercitată de excitanții specifici asupra unor zone deosebit de sensibile ale personalității și funcția inimii (Peseschkian, 1975). În demersul nostru, noi nu pornim de la un stres general, ci explicăm situația generatoare de stres prin particularitățile ei. De aceea, nu vorbim la modul general despre stres sau despre un individ sensibil la stres, ci deosebim care din capacitățile actuale sunt sensibile la stres, respectiv rezistente la el. Stresul este, astfel, dependent de normele psihosociale dobândite de-a lungul evoluției individuale, care, în calitatea lor de atitudini, așteptări și stiluri de comportament, corespund vieții afective. Un pacient care, din cauza dezordinii membrilor familiei sale, intră într-o stare de enervare emoțională permanentă și manifestă reacții de stres poate fi surprinzător de tolerant față de formele de stres întâlnite în domeniile punctualității, chibzuinței, fidelității și politeții (observații din practica personală).

3. Modelul conflictului: Premisa pentru apariția tulburărilor, fie ele psihosomatice, psihoreactive sau psihotice, o constituie conflictul dintre atitudinile, așteptările, judecățile de valoare și modurile de comportament reciproc contradictorii. La modul general, în terapie se vorbește despre conflicte între dorință și angoasă, apropiere și evitare, ură și iubire, a vrea și a putea etc. Psihanaliza descrie această relație prin conceptul de ambivalență; terapia comportamentală vorbește despre experiențe de învățare care se contrazic reciproc. Este pusă în evidență astfel numai o anumită polaritate și tensiunile aferente ei, însă nu și conținuturile prin intermediul cărora tensiunile devin plauzibile. Normele psihosociale învățate, capacitățile actuale devin în baza educației, a experiențelor de învățare și a prelucrării lor interioare, criterii ale stimei de sine, ale conceptului de sine și declanșatori ai reacțiilor emoționale. Dacă se întâlnesc capacități actuale reciproc contradictorii, pot apărea conflicte, bunăoară între interior și exterior (o persoană așteaptă de exemplu, în cazul unei implicări emoționale intense, fidelitate, întâlnește însă în partener contactul și infidelitatea).

Conflictul poate avea loc și între două perspective axiologice interioare, caz în care situația conflictuală declanșatoare acționează din exterior. Alcoolicul care știe, în urma unei cure de dezintoxicare, că alcoolul îi face rău, ba chiar că îl poate omorî, bea totuși atunci când ceilalți parteneri de beție îl ademenesc. El se află atunci într-un conflict între sinceritate (în acest caz capacitatea de a spune „nu“, având la bază un interes personal rațional) și politețe (a ceda în fața prietenilor care nu ar accepta un outsider nealcoolic).

Poate apărea un conflict și între diferitele perspective axiologice, conflict care să nu aibă deloc prilejul de a se manifesta în exterior. De exemplu, un psihotic a renunțat la toate legăturile sale sociale obișnuite, argumentând că toți îi vor numai banii. Aici se află față în față contactul și chibzuința.

Reacțiile psihosomatice pot fi înțelese pe de o parte sub aspectul microtraumelor, pe de altă parte prin prisma supraîncărcării psihico-funcționale, care reprezintă pentru pacient obiectul conflictelor.

4. Modelul riscului: Capacitățile actuale și mediile capacităților de bază nu au nevoie, pentru a fi eficiente, să devină cauze directe sau declanșatori ai bolilor somatice. Tulburările pot fi la fel de bine activate și folosindu-se de fundalul psihosocial, social și ecologic.

„Ce-are a face atrofia musculară cu dreptatea?“

Într-o clinică din nordul Indiei a fost internat un băiat în vârstă de opt ani, cu diagnosticul atrofie musculară. Arăta precum un schelet, iar stomacul îi era umflat precum un balon. Pentru a i se asigura supraviețuirea, trebuia să fie hrănit artificial printr-o sondă stomacală. Din perspectiva modelului medical, era vorba în cazul lui de formă evidentă de inaniție cu manifestări tipice de deficiență. Exista un deficit de albumină, hidrați de carbon, vitamine și proteine. Însă această boală nu ar fi fost suficient argumentată numai prin intermediul acestei perspective. În înțelegerea ei intră și aspectele psihosociale: părinții locuiau într-o zonă slab industrializată, într-un oraș unde mai mult de trei sferturi din oameni trebuiau să supraviețuiască o lună întreagă cu o sumă care, calculată în mărci, nu depășea 40 de mărci. Posibilitățile de dezvoltare materială erau prestabilite prin prescripții religioase. Aici joacă un rol important chestiunile privind dreptatea socială, precum de exemplu împărțirea bunurilor, instituțiile sociale și corupția existentă în ele. Numărul de copii pe care îi avea o familie era expresia capacității de performanță sexuală și de fertilitate. În plus, intervenea și faptul că toți copiii familiei erau hrăniți aproape numai cu conserve, ajunse în acea zonă cumva prin acțiuni umanitare internaționale. Toți acești factori erau implicați într-o formă sau alta în apariția bolii. În ei se arată capacitățile actuale: dreptate, sexualitate, hărnicie/performanță (pe de o parte referitor la religie și sexualitate, pe de altă parte la viața profesională), credință/religie, speranță, sinceritate și concepte modificate privind hrănirea (mijloc al rațiunii, mijloc al simțurilor).

Acești factori sociali și psihosociali formează fundalul unei boli fizice, ale cărei curs și simptomatologie nu urmează regulile sociale și psihosociale, ci pe cele fizice. Ei pot deveni și declanșatori ai conflicte-

lor interumane și sociale latente sau manifeste, generând agresivitate, șomaj, criminalitate, ură, război, răscoale, abuz de alcool și droguri, conflicte generaționale etc. Oricât de diferite pot fi convingerile ideologice, la fel vor fi purtate și aceste conflicte, având mereu în fundal capacitățile actuale; ele se raportează la anumite reprezentări ale dreptății, fidelității, sincerității, competenței, sexualității, chibzuinței, ordinei, supunerii etc.

În cazul oamenilor care trăiesc în state industriale, această legătură psiho-somato-socială se manifestă cel mai pregnant prin intermediul celebrelor păcate de moarte ale civilizației, al factorilor de risc. În apariția și dezvoltarea bolilor psihice și psihosomatice, în special al așa-numitelor boli ale civilizației, se întrepătrund următorii cinci factori:

1. Fumatul;
2. Alcoolul, narcoticele și drogurile;
3. Supraponderalitatea;
4. Lipsa de mișcare;
5. Stresul emoțional (angoasa și tensiunile interioare).

Fumatul: 70% din pacienții care suferă de boli cardiace fumează mai mult de 30 de țigări zilnic. Anual sunt cheltuite aproximativ zece miliarde de mărci pe tutun. Bolile de plămâni, precum cancerul și tulburările de tip astmatic își au, în mare parte, originea în fumat. Cauzele psihosociale sunt: nesiguranța, nevoia de prestigiu, frica de eșec, dorința de a menține capacitatea de performanță, nevoia de imitare, obișnuința, conformismul (a te purta ca ceilalți sau ca anumite modele).

Alcoolul și drogurile: 20 de miliarde de mărci sunt cheltuite anual pe băuturi alcoolice. Urmările sunt: bolile de ficat, tulburările de metabolism, dar și cele neurologice și psihiatrice. Cauze psihosociale: imitare, conformism (ce vor spune oamenii dacă te porți diferit față de ei), inhibiții, probleme familiale sau de natură profesională.

Supra- și subponderalitatea: 55% din tot numărul de elevi sunt supraponderali. În cazul a 53% din pacienții cu boli cardiace, un rol important îl joacă alimentația bogată în grăsimi. Greutatea pe care o exercită supraponderalitatea asupra inimii și a circulației sângelui este imensă. Cauze psihosociale: tradiția de a mânca mult (a fi frumos este echivalent cu a fi gras; a mânca mult este măsură a sănătății), tensiune interioară, griji, probleme cu părinții, pierderea unei persoane dragi, plictiseală, mâncatul ca surogat pentru alte activități, prețuire deosebită a trăirilor legate de mâncat și de gust (mijloc al simțurilor).

Lipsa de mișcare: 90% din telespectatori stau în fața televizorului, în timpul lunilor de iarnă, între trei și patru ore în weekend și în zilele de sărbătoare, uitându-se de trei, patru ori la aceleași știri și reportaje sportive. Numai o mică parte din aceștia face sport. Sunt cunoscute deja urmările lipsei de mișcare pentru schelet, pentru aparatul muscular și pentru organele interne. Cauze psihosociale: lipsa de contact, unilateralitatea și atitudinea pasivă față de propriul corp, lipsa de motivație pentru performanțele fizice, supraevaluarea performanțelor intelectuale, lipsa ocaziilor de a face sport datorită supraîncărcării profesionale, restricții din considerente culturale sau religioase (mișcarea fizică este considerată în mod principial sau pentru anumite grupe de vârstă ca fiind nedemnă), lipsa de informații privind posibilitățile eficiente și potrivite de a face mișcare (gimnastica de recuperare sau cea pentru persoane mai în vârstă, sportul de performanță, programele deosebite de antrenament).

Stresul emoțional (angoasa, neliniștea interioară): 90% din toți bolnavii cardiaci au suferit de suprasolicitare și stres emoțional încă dinainte de a se îmbolnăvi. În sensul înțeles aici, stresul emoțional reprezintă toate conflictele psihice și interumane în care există o disproporție inferioară între încărcarea psihică și gradul de suportabilitate al ei, ambele putând fi descrise prin intermediul capacităților actuale.

Rezumat: Capacitățile actuale formează, după cum se poate ușor vedea, fundalul factorilor de risc, care nu ar fi putut fi favorabili apariției bolilor fără reliefarea individuală și culturală a capacităților actuale și a mediilor capacităților de bază.

4

Tipuri de reacție — Concepte — Neînțelegeri

1. Trei tipuri de reacție

Povara incertitudinii

Un tată apăsat de griji se plânse unui hakim: „Am îmbătrânit din cauza celui mai mic băiat al meu. Multe griji îmi apasă sufletul. Fiul meu cel mai mare este sprijinul vieții mele. Fiecare cuvânt care iese din gura lui este un cuvânt al adevărului. Nu minte niciodată. Celui de-al doilea fiu al meu adevărul îi este atât de îndepărtat, precum ne este nouă muntele Damawand. Fiecare cuvânt pe care îl spune este minciună. M-am resemnat, căci întotdeauna știu cum stă treaba cu el. Dar cel mai mic fiu al meu: Cu el îmi fuge pământul de sub picioare. Minte, dar spune și adevărul. Fiecare cuvânt ieșit din gura lui poate fi minciună sau adevăr, fără ca eu să le pot deosebi. Cu ceilalți știu cum să mă port. Dar această știință mă părăsește când vine vorba de fiul meu cel mic." (Poveste persană)

Condițiile de apariție a conflictului de bază vor fi descrise în continuare sub aspect tipologic. Tipurile sunt, conform esenței lor, sinteze abstracte ale trăsăturilor comune. Realitatea este mai colorată. În ea se întâlnesc mai puțin forme pure, cât forme amestecate în diferitele lor gradații și nuanțări. O deosebire esențială a atitudinilor și modurilor de comportament tipologice descrise în continuare constă în faptul că noi înțelegem tipul de reacție din punct de vedere dinamic, pornind de la condițiile apariției sale. Constituția și predispoziția sa joacă aici un rol secundar. Aceasta înseamnă că: orice formă de educație, orice ordonare tipologică nu este neapărat sortită, ci poate fi schimbată de-a lungul timpului.

În analiza diferențială putem deosebi trei forme ale orientării unilaterale privitoare la capacitățile actuale și la mediile capacităților de bază: 1. tipul naiv-primar; 2. tipul secundar; 3. tipul legăturii duble.

1. Tipul naiv-primar

Prin tipul naiv-primar noi înțelegem o supraaccentuare unilaterală, nediferențiată (naivă) a capacităților primare și o subaccentuare a domeniului secundar. În prim-plan se află trăirile legate de simțuri, satisfacția senzorială, inuiția, fantezia îndreptată spre calitățile ei senzoriale și tradiția, în special tradiția familială, percepută drept garant al atașamentului și al sentimentului de ocrotire. Relațiile emoționale sunt îndreptate în special către Eu, către Tu (partener) și către familie. Structura de nevoi a tipului naiv-primar este caracterizată prin atașament. Mijloacele prin care se menține acest atașament le constituie de obicei o „politețe" supraaccentuată, care pare în ochii celorlalți de încredere, dar lingușitoare și neplăcută în același timp.

Tipic pentru acest tip de reacție este următorul curs de dezvoltare: părinții, în special mama, în foarte multe cazuri însă și bunicii, se arată supraîngrijorați. Copilului îi sunt rezolvate toate greutățile, chiar și cele prin intermediul cărora și-ar putea dezvolta încrederea în sine.

„Mama a înlăturat toate obstacolele din calea mea…" (pacientă în vârstă de 28 de ani, atacuri de panică, tulburări de somn și probleme în căsnicie).

Instinctele sunt satisfăcute înainte ca ele să devină cu adevărat vizibile. Copilul este hrănit, condus și controlat de către mamă, fără să se poată ajunge la exprimări libere ale acestor nevoi. Copilul nu trebuie suprasolicitat. Nu trebuie să se străduiască prea mult. „Scumpule, tu nu poți să faci asta, lasă-mă pe mine". Eventualele exteriorizări ale nevoilor sunt imediat înnăbușite. În astfel de situații familiale nu se pronunță cu adevărat nici un cuvânt cu voce tare.

De partea persoanelor de referință poate fi întâlnită adesea următoarea imagine: apărarea partenerului nu este numai scop în sine. În afara faptului că, în spatele unei atitudini prea ocrotitoare se află adesea agresivitate, transformată apoi în angoasă pentru că nu se poate manifesta ca atare, apărarea este raportată din punctul de vedere al conținutului la anumite moduri tipice de comportament: „Îi înlătur toate pericolele din cale pentru ca el să îmi fie apoi recunoscător." „Îl înconjor cu măsuri de prevedere pentru ca el să rămână supus sub controlul meu."

Prin intermediul acestei situații de educație se construiește o *atitudine de așteptare*. Copilul devine dependent și optimist; el învață: sunt iubit și mă integrez în lume. Această încredere capătă trăsături vanitoase și egocentrice: „Nu am nevoie de cei care nu mă iau așa cum sunt".

Demonstrarea de performanțe deosebite îi pare în acest context ca fiind inutilă. Copilul așteaptă ca mediul său înconjurător să reacționeze asemănător familiei sale restrânse. Dacă nu este cazul, el se vede dezamăgit în optimismul său și își dezvoltă, având senzația unei dezamăgiri și sentimentul de a fi fost tratat nedrept, un pesimism secundar. Apar forme de reacție caracteristice, care pot fi descrise prin următoarele cuvinte:

Nu pot să reușesc de unul singur.
Ceilalți trebuie să mă ajute.
Dacă nu primesc ajutor, totul se sfârșește.

În situația de educație caracteristică acestui tip de reacție, iubirea domină dreptatea. Ca mijloace de educație, servesc: amenințarea cu retragerea iubirii, răsplata și recompensa. Pot fi identificate aici următoarele forme de manifestare, la baza cărora se află o supraaccentuare a capacităților primare:

Tipul sensibil: Orice greutate cu care are de-a face, orice criză, boală, orice conflict este perceput de către individ ca fiind o adevărată catastrofă. El trăiește în suferință și nu cunoaște, cel puțin aparent, diferența dintre suferință și străduința necesară pentru a pune capăt suferinței. Următorul caz demonstrează această situație:

> În dialogul terapeutic cu o pacientă în vârstă de 16 ani, care se afla într-o relație puternică de dependență față de mama sa, s-a ajuns în cursul celei de-a cincea ședințe la o autocaracterizare tipică. Pentru a obține o anumită independență, au fost prelucrate conținuturi încărcate conflictual privitor la relația ei cu mama. S-a desfășurat astfel următorul dialog:
>
> *Pacienta*: „Mi-e mai rău de când stau la ei. Mă simt mai neliniștită și nervoasă."
>
> *Terapeutul*: „Această stare este de înțeles. Pentru a va face mai clară această idee, să ne imaginăm o vilă veche, gata să se prăbușească. Pentru a putea construi o nouă casă, trebuie mai întâi dărâmată cea veche. Acest proces implică praf, mizerie și zgomot. Cam așa se întâmplă și cu atitudinile și comportamentele noastre vechi."
>
> *Pacienta*: „Da, înțeleg, dar nu putem totuși să lăsăm casa veche în picioare și să o construim pe cea nouă lângă?"
>
> *Terapeutul*: „Nu aveți însă decât o bucată limitată de teren la dispoziție."

Tipul pretențios în așteptări: El se așteaptă ca partenerii săi să se comporte așa cum își imaginează el. Nu își exprimă întotdeauna dorințele, reacționează însă „acru" dacă nu îi sunt imediat citite în ochi: „Trebuia să îți dai singur seama.." O deosebită importanță o are în acest

context tipul care dezvoltă tulburări sexuale, pentru că se află inconștient într-o relație de dependență față de părinții săi, proiectând în căsnicie imaginea mamei asupra soției, respectiv imaginea tatălui asupra soțului. Acești oameni constată, cu o regularitate uluitoare, că nici un partener nu poate corespunde pe termen lung acestor așteptări „infantile".

> *„Dacă aș fi știut numai!"*
>
> „Soția mea nu mai vorbește cu mine de câteva săptămâni. Abia acum am descoperit de ce: părinții ei au venit mai demult la noi în vizită. Acum îmi reproșează că nu m-am ocupat îndeajuns de ei. Când am întrebat-o de ce nu mi-a spus asta atunci, a fost de părere că trebuia să îmi dau singur seama" (om de afaceri în vârstă de 38 de ani, căsătorit de nouă ani).

Tipul modest: Acestui tip îi aparțin oamenii care au tendința de a păstra numai pentru ei înșiși pretențiile pe care le au vizavi de mediul extern. Se „dezvață" de propriile lor dorințe pentru a putea rămâne într-o stare de dependență care le oferă protecție. Ei corespund tipului gospodinei. Ei nu pot spune „nu" dacă le este cerut un anumit lucru. La baza acestei atitudini se află frica de a nu pierde cumva simpatia și atenția celorlalți. Domină dorința de a fi pe placul altora. Ei se supraîncarcă de cele mai multe ori și pun pe planul al doilea propriile pretenții justificate (sinceritate-politețe). Din același motiv sunt reprimate și agresiunile față de mediul extern, care ies la lumină prin intermediul reproșurilor și al comportamentului de autosacrificiu. Ei își „leagă" partenerii prin cadouri sau prin îndeplinirea tuturor dorințelor acestora, încercând astfel, prin recunoștința primită în schimb, să își satisfacă propriile nevoi nespuse.

> *„Aprobatorul!"*
>
> „Când șeful meu vine și mă întreabă dacă nu pot să rezolv niște sarcini în plus, eu zic ca prostul sigur da. După aceea mă înnegresc de nervi și mă apucă niște dureri cumplite de stomac" (funcționar în vârstă de 42 de ani, aflat în tratament psihoterapeutic datorită simptomelor psihosomatice).

Tipul zurbagiului: El are un comportament infantil și încearcă să își impună voința în fața lumii atotputernice a adulților, cu ajutorul încăpățânării. Se ajunge astfel la lupte serioase de putere, în care sunt folosite adesea mijloace rafinate, precum copilul care se tăvălește pe jos și țipă în fața unui magazin de înghețată, încercând să își impună astfel în fața părinților dorința de a mânca înghețată. Acest comportament devine însă problematic atunci când este manifestat de către adulți. Unii

oameni vor ca toate dorințele să le fie îndeplinite, precum în copilărie, încercând chiar să îi oblige pe ceilalți în acest sens. Mijloacele utilizate sunt rebeliunea deschisă sau încercările ascunse de a dobândi obiectul dorit „pe la spate“.

„Ce să fac?“

„Atunci când soțul meu nu este vioara întâi într-un grup, devine de nesuportat. Îi critică pe toți și pe toate și se poartă în așa fel încât toată lumea să îi acorde numai lui atenție. Mie această atitudine mi se pare îngrozitoare“ (casnică, în vârstă de 48 de ani, cu depresii).

Tipul sexual în așteptări: El s-a identificat în atitudinea sa tradiționalistă într-atât cu normele de grup și cele religioase, încât nu poate pune în discuție aceste norme. Chiar și atunci când sexualitatea va reprezenta o problemă pentru el, va spune: „Nu se vorbește despre așa ceva; este ceva ce fiecare om trebuie să păstreze pentru sine însuși; trebuie să ne resemnăm cu acest lucru“. El consideră sexualitatea un rău necesar; în căsnicie plătește un tribut tradiției; actul sexual servește strict drept împlinire a obligației reproducerii. Motoul său în căsnicie sună astfel: Fidelitate până la moarte. Activitățile sexuale care încalcă cadrul oficial stabilit, precum masturbarea, sunt pe cât posibil reprimate și, în orice caz, încărcate cu sentimente de culpabilitate.

Din punctul de vedere al tulburărilor, apare angoasa față de activitatea sexuală sau sentimente ulterioare de culpabilitate. Frigiditatea sau impotența își găsește aici terenul propice pentru dezvoltare.

În afara acestei atitudini vizavi de sexualitate, care trebuie să fie considerată ca fiind tipic naiv-primară, există o serie de moduri de comportament și atitudini, în care predomină poziția pasivă de așteptare. Astfel, în caricatura „Iubirea ca încătușare“, actul sexual este folosit cu obiectivul de a-l lega pe partener de sine. Această poziție este nu arareori legată de dorința de a avea copii: „Se va simți îndatorat dacă voi face un copil cu el“. Și o legătură strânsă cu tradiția poate decide relația față de sexualitate („Iubirea ca obligație generațională“). Se consideră că trebuie să te căsătorești și să faci copii de la o anumită vârstă în sus. Adesea, părinții reprezintă motorul acestei credințe. Ei își doresc pentru copiii lor ca aceștia să aibă o căsnicie fericită și să își poată răsfăța în liniște nepoții. În acest context, pot fi întâlnite căsătoriile la care sunt invitate mai multe sute de persoane. Căsătoria devine obiectiv al iubirii. „Iubirea ca politețe și recunoștință“ aparține de asemenea cadrului naiv-primar. Iubirea devine un dar față de care te simți obligat. Ea dobândește într-o anumită măsură valoare de schimb. Situațiile familiale în care există relații emoționale puternice care își au rădăcinile în structura familiei sau în comportamentul supraprotectiv al unei persoane de referință pot exercita un efect cu caracter obligatoriu. Astfel, alegerea partenerului, care ar trebui să reprezinte în sine un act de desprindere față de legăturile familiale primare, devine un act de supunere în fața dorințelor persoanei de referință. În „iubirea ca și completare“ este ales un partener care posedă tocmai acele trăsături pe care persoana în cauză nu le posedă: „Eu însămi sunt genul foarte liniștit. Întotdeauna l-am admirat pe soțul meu, cât de natural se poartă cu toți ceilalți și cât de popular este“. Pentru a contrabalansa anumite deficite existente în structura capacităților, este ales un partener care promite tocmai această contrabalansare. Caricatura iubirii cea mai caracteristică tipului naiv-primar este „iubirea ca iluzie“. Acolo unde realitatea dezamăgește așteptarea, unde apare angoasa în fața împlinirii dorinței de iubire, fantezia devine adesea substitut al iubirii. Întâlnirea cu partenerul se realizează la nivelul iluziei: „Acest bărbat este pe aceeași lungime de undă cu mine. Partea fizică, animalică îi este la fel de străină ca și mie. Discutăm despre cele mai înalte teme ale artei, muzicii, literaturii și religiei. Mă simt atât de înțeleasă de către el.“

Relația naiv-religioasă: Relația cu Noi-ul originar este defectuoasă. „Tipul primar“ transferă adesea situația de dependență ambivalentă asupra religiei. Iau naștere astfel parțial concepții religioase naive, care sunt asemănătoare celor ale unui copil și care implică tendințe puternice de agățare. Poate fi constatată aici o puternică identificare nereflectată cu religia — în acest caz: cu instituțiile și obiceiurile religioase. Concepția naivă cere un Dumnezeu care, fără mijlocirea omului, să asculte rugăciunile și să îndeplinească dorințele. Dacă dorințele nu se împlinesc, încrederea oarbă se transformă adesea în respingere necondiționată. Aceste persoane nu vor mai vrea mai târziu să audă nimic legat de religie.

„Dumnezeul meu este nedrept“

„Copil fiind, aveam mare încredere în Dumnezeu și credeam că El e atotputernic și că poate face minuni. De aceea îl imploram în fiecare seară în rugăciunile mele să mă ajute. Pentru că am părul roșcat — și sora mea la fel — eram adesea obiect de batjocură pentru colegii de școală și chiar pentru adulți. Mă simțeam ca un răufăcător, deși nu făcusem nimănui nimic — ba dimpotrivă, eram întotdeauna săritoare, prietenoasă, politicoasă. Mă rugam deci ca Dumnezeu să ne dăruiască, mie și surorii mele, o altă culoare de păr. Nu înțelegeam de ce oamenii își băteau joc de mine și de ce nu mă plăceau. Pentru că Dumnezeu nu mi-a împlinit această dorință puternică, m-am gândit că nici el nu mă iubește. M-am îndepărtat complet de El,

nedorind să îi mai fiu în continuare o povară“ (secretară, în vârstă de 56 de ani, cu inhibiții, depresii și tulburări psihosomatice).

Rezumat: Conform experiențelor de până acum, toate formele tipului de reacție naiv-primar au o tendință către structura nevrotică depresivă. Răbdarea, ca trăsătură a capacității de iubire, este, în cazul lor, fie prea puternic dezvoltată (în sensul unei inhibiții a agresivității), fie prea slab (în sensul unei agresivități impulsive). Reacția predominantă este *evadarea în singurătate* și în grupuri care oferă solidaritate și protecție. Pretențiile și tensiunile sunt evitate prin retragerea într-o „cochilie de melc“ sau într-un domeniu al activității bine stăpânit, construindu-se o lume proprie ca alternativă la realitate:

Automanipularea pasivă, care își găsește forma cea mai accentuată în dependența de droguri, poate fi considerată tipică pentru evadarea în singurătate. În ea își găsesc expresia angoasele și inhibițiile. În domeniul psihic pot fi identificate următoarele tulburări: angoase, depresii, inhibiții, vise de angoasă, lipsă de chef, plâns fără motiv, tristețe, a nu putea să începi nimic, neliniște interioară, schimbări frecvente de dispoziție, sensibilitate la zgomot, iritabilitate. În domeniul psihosomatic, adică în cazul tulburărilor fizice care trimit la condițiile psihice, tipul naiv-primar prezintă o tendință de somatizare. Trăind în special prin simțurile și corpul său, el prelucrează conflictele cu predilecție în acest domeniu. Controversele interioare se manifestă imediat prin simptome fizice. Astfel se ajunge la indispoziții precum depresii, inflamarea intestinului gros, astm, migrene, disfuncții sexuale, diferite alergii, oboseală accentuată, sentimente de apăsare, izbucniri de sudoare, pierderea poftei de mâncare, senzația de epuizare, senzații de amețeală, vărsături, rău fizic general și somnolență.

Tipul sensibil	Tipul pretențios în așteptări	Tipul modest	Tipul zurbagiului	Tipul sexual în așteptări	Relația naiv-religioasă

Formele tipului de reacție naiv-primar

2. Tipul secundar

Capacitățile secundare se află aici în prim-plan. Mijloacele prin care este percepută realitatea se reduc la rațiune, căreia îi sunt subordonate chiar și simțurile și intuiția. În schimb, tradiția câștigă în greutate, chiar și dacă nu servește decât drept linie directoare sau riglă de măsură. Conform cu orientarea performanțelor tipului secundar, vor fi preferate toate acele trăsături sociale care mijlocesc confirmarea capacității de performanță. Pare că tipul secundar se menține continuu în stadiile interacțiunii ale deosebirii, diferențierii și avertizării. El reprezintă „sinceritatea“, chiar și atunci când ea face rău altora. Copil fiind, individul nu poate câștiga iubirea și atenția părinților și a celor din mediul său decât dovedind performanțe deosebite. El învață că totul în viață depinde de astfel de performanțe. Dorințele sale instinctuale sunt întrebuințate de către părinți ca mijloc de educație. Persoanele de referință încearcă să îl obișnuiască pe copil încă de timpuriu cu cerințele sociale, precum punctualitatea, curățenia, supunerea, ordinea, chibzuința etc. Stilul de educație este organizat cronologic și vizează supunerea copilului. „Dacă nu faci cum zic eu, nu se va alege nimic de tine“. „Uită-te la cum am ajuns eu și ia aminte“.

După cum zic ei, pentru a nu răsfăța copilul, părinții sunt zgârciți în manifestările tandre și atenția afectivă față de copilul lor. Evenimentele pozitive sunt mai întotdeauna asociate cu performanțele atinse. „Sunt o persoană de valoare atâta timp cât am succes“. „Nu te poți baza decât pe propria performanță“. În locul încrederii în sine însuși, apare adesea încrederea izolată în anumite capacități actuale confirmate până în acel moment sau cu potențial de confirmare. Oamenii care sunt motivați predominant de capacitățile secundare reacționează, în mod tipic, după cum urmează:

Pot să fac totul de unul singur.
Nu am nevoie de ajutorul altora.
Lasă-i pe alții să muncească pentru tine.

Într-o astfel de situație legată de educație, dreptatea ia locul iubirii. Ca mijloc de educație, sunt folosite avertismentele, amenințările, retragerea iubirii și pedeapsa fizică. Și aici pot fi identificate atitudini și concepții tipice și de durată:

Tipul de succes și de prestigiu: Accentuarea unilaterală a capacităților secundare duce la o disponibilitate exagerată în asumarea rolurilor sociale sub motoul: „Dacă ai ceva, ești cineva!“ Succesul este singura grilă de măsură a valorii personale; nicio altă valoare în afară de cea a succesului și a prestigiului nu pare acceptabilă. Acest tip se consideră superior celorlalți prin succesele lui, iar în cazul eșecurilor stima sa de sine este periclitată. El reacționează atunci în special fizic, prin tulburări de somn, dureri de cap, neliniște interioară, izbucniri de sudoare și dureri de stomac.

„Obligația succesului“

Domnul B., 36 de ani, căsătorit, cu doi copii, a început tratamentul psihoterapeutic din cauza unui ulcer stomacal cu sângerări. Analiza a dovedit o puternică identificare a sa cu tatăl, de meserie judecător. Această identificare a fost întărită prin faptul că părinții erau divorțați, iar pacientul locuise de la vârsta de 9 ani până la 21 cu tatăl său. Acesta punea mare preț pe: ordine, disciplină, corectitudine, conștiinciozitate și în special pe sinceritate. Odată cu începerea studiilor, au apărut dificultățile, manifestate în frica de eșec și într-o „obligație a succesului“. Pentru că pacientul interiorizase aceste valori, el a dezvoltat o anumită siguranță exterioară, rămânând însă în interiorul său labil și nesigur, căci performanțele sale concrete nu se ridicau la nivelul pretențiilor tatălui. Toate acestea au fost reactualizate odată cu asumarea de către pacient a unei responsabilități profesionale căreia, deși și-o dorise de mulți ani, nu se simțea însă capabil să îi facă față și în mod subiectiv. Urmarea a fost situația conflictuală interioară manifestată psihosomatic în exterior prin simptomatologia descrisă mai sus.

Tipul obiectual: Tipul obiectual confundă obiectul cu subiectul. El se poartă față de oameni ca și cum ar avea de-a face cu lucruri care trebuie folosite. Numai succesul este important, omul ca personalitate nu contează decât în plan secundar. Valoarea personală a unui individ are puțină importanță în ochii acestui tip; ce contează este contravaloarea sa. El este un calculator, căruia îi este destul de indiferent cu ce calculează, cu obiecte, produse sau oameni. El reprezintă astfel cea mai mai bună caricatură a politicianului, al cărui caracter și morală nu pot fi distruse de politică, pentru că nu le mai are de mult. Gândirea sa obiectivă este recunoscută cu plăcere, totuși el rămâne un om de care te poți apropia cu greu și care opune în exterior rezistență față de angajamentul afectiv.

„De unde atâta climat organizațional?“

„La ce folosește toată moda asta nouă, stupidă, din organizații, legată de climatul organizațional, de teambuilding etc. Până la urmă ceea ce contează este ca munca să fie realizată cum trebuie, la timp și precis. După părerea mea, o asemenea moleșeală nu își are locul în organizație. Trebuie numai să te aduni și totul va funcționa cum trebuie“ (șef de departament, în vârstă de 57 de ani).

Perfecționistul: Accentuarea extremă a seriozității, a ordinii, a punctualității, conștiinciozității și a lipsei de greșeli duce la perfecționism. El se bazează în cele din urmă pe teama conștientă și inconștientă de a nu face ceva greșit și de a evita frustrările. Această atitudine are la bază

concepția infantilă de a nu putea suporta eșecurile și retragerea iubirii și a atenției asociate acestora. Leitmotivul perfecționistului orientat spre succes îl constituie aspirația către desăvârșire sau, în contextul social, în lupta concurențială, necesitatea necondiționată de a-și apăra statutul și de a dobândi tot mai mult. Dacă în această rețea a preocupărilor apare spațiul gol al timpului liber, ia naștere în mod abrupt întrebarea privitoare la sensul sau inutilitatea muncii și a vieții.

Perfecționistul *anxios* este preocupat în special de lucruri mărunte, pe care le rezolvă cu mare grijă și acuratețe forțată. El așteaptă, pentru străduințele sale, recunoștință din partea mediului înconjurător, pe care însă nu o primește pe termen lung. În căutarea admirației celorlalți, el se dedică sarcinilor cu importanță secundară și pierde din vedere standardele concrete stabilite de el însuși. În domeniul profesional, el consideră mai important felul în care stă pixul pe masa de lucru decât colaborarea obiectivă cu colegii de serviciu. De aceea, relația cu colegii poate deveni uneori apăsătoare. În timp ce perfecționistul orientat spre succes are tendința de a se antrena într-o luptă concurențială deschisă, anxiosul încearcă să își apere poziția prin invidie. Un asemenea invidios se transformă încetul cu încetul într-o caricatură. Vine mai devreme decât colegii săi la serviciu, se poartă ca și cum ar fi foarte preocupat de ceea ce face, înregistrează însă cu mai multă precizie decât propriul său ceas punctualitatea colegilor săi. Cel care întârzie este pârât la șef sau bârfit cu ceilalți colegi. Partea tragică a acestui rol este că el nu câștigă cumva, prin această atitudine, admirație sau prietenie din partea celorlalți, ci, pe termen lung, neîncredere și respingere. Seara se simte extenuat, obosit, gol, nemulțumit și se miră cum de nu evoluează. Totuși, el închide ochii în fața faptului că își consumă energia de cele mai multe ori în van. Efectele acestui tip de comportament asupra familiei, soției și copiilor sunt notabile. Perfecționismul independent, limitat numai la anumite capacități actuale sau medii, se apropie de simptomatologia obsesională.

Tipul performerului sexual: Principiul performanței se manifestă și în domeniul sexual. Experiența sexuală devine rigla de măsură a stimei de sine. Contează numai acela care a acumulat cât mai multe experiențe sexuale, fără a ține cont și de calitatea lor (iubirea). Relația față de partener poate fi subordonată „obiectivității“ în aceeași măsură cum am descris mai sus. În acest caz nu va fi iubit omul ca purtător al anumitor trăsături, ci numai acele caracteristici și particularități desprinse din personalitatea lui. Acestui tip îi aparțin în general oamenii care încalcă normele tradiției. Spre deosebire de indivizii tăcuți, acești oameni consideră important să vorbească cât mai des și mai intens despre tema

sexualității, să acumuleze cât mai multe experiențe sexuale și să își demonstreze cu fiecare ocazie cunoștințele asimilate în domeniul sexualității. Din sloganele lor fac parte: „Sexul ține de natura umană“, „Sexul e amuzant și tot ce e amuzant este permis“. Partenerul îndeplinește în acest context funția de obiect al activității sexuale în sensul proverbului persan: „Fiecare floare miroase diferit“. Nu arareori apar în ciuda (sau poate tocmai din cauza) acestui libertinaj demonstrat diferite disfuncții sexuale, precum frica de eșec sexual, de relații de cuplu, alegerea necontrolată a unui partener și suprasolicitările psihice și fizice aferente acestora. Desfacerea căsătoriei sau sexul în grup servesc numai drept jocuri de societate.

Iubirea devine un exercițiu de relaxare, în care nu se varsă numai tensiunile sexuale, ci și cele rezultate din obligația de a avea performanțe în lumea profesională. În sensul caricaturii „Iubirea ca performanță“, se crede că străduința de a avea performanțe înalte în societate poate fi reflectată și asupra sexului și a sexualității. Actul sexual devine sport de performanță: „Dacă bărbatul sau femeia nu a avut orgasm, nu a folosit la nimic întreaga acțiune“. Dar nu numai grilele de performanță abstracte se pot afla la baza motivației sexualității, ci și rivalitățile. Iubirea devine un câmp de luptă, concepție întărită îndeosebi prin faptul că cele mai multe activități sexuale sunt strâns legate de sentimentul stimei de sine. În cazul tipului secundar, iubirea este relativ adeseori subordonată altor gânduri, transformându-se în „iubire ca interes de afaceri“. Te căsătorești cu o femeie pentru că te poate ajuta în afaceri, în practică sau în meserie, pentru că aduce avantaje impozabile, pentru că reprezintă un câștig pentru firmă prin felul în care arată și se comportă.

> *„Contactul sexual drept consecință logică“*
>
> „Soțul meu este un om de succes. El se așteaptă ca eu să îi împlinesc lui dorințele așa cum își imaginează. Nu ține cont deloc și de sentimentele mele. Îmi doresc mai multă tandrețe, dar el trece direct la acțiune, adică la contactul sexual“ (soție, în vârstă de 29 de ani, depresii, tulburări ale somnului).

Tipul orientat secundar prezintă, în raport cu religia și credința, următoarele două puncte de vedere caracteristice:

Scepticul intelectual: Dacă părinții înșiși au fost dezamăgiți în baza propriilor lor experiențe, dezvoltând în privința chestiunilor religioase o atitudine de respingere, indiferență sau ambivalență, și dacă trăsăturile secundare au fost supraaccentuate și puternic dezvoltate în cursul procesului de educație a copilului, atunci capacitățile religioase nu pot ieși la lumină. Astfel de oameni supravalorizează puterea propriei lor rațiuni și performanțe. Motorul lor este voința lor — Dumnezeul lor sunt ei înșiși. Chiar dacă nu își exprimă deschis această perspectivă, ea se află mereu în spatele atitudinilor, ideilor și acțiunilor lor. La baza criticii față de religie se află lipsa deosebirii dintre instituție și religie. Ei pun greșelile instituției, de exemplu ale bisericii, pe seama credinței și a religiei.

> *„Fără mine!“*
>
> Religia este bună pentru femei bătrâne și pentru oameni care nu au ce căuta în timpurile noastre. Și cel care se agață de paiul religiei tot înecat moare. Cu credința religioasă este ca și cum te-ai arunca cu capul în jos într-o piscină, fără să știi măcar dacă se află apă în ea. Cine vrea să își spargă capul, n-are decât, eu nu doresc asta. Raiul și iadul există deja pe pământ și Dumnezeu nu se află altundeva decât în creierele confuze ale fanaticilor religioși. Religia învăluie adevăratele stări sociale și îi împiedică pe oameni să facă ceea ce este necesar“ (student la sociologie în vârstă de 28 de ani).

Superstițiosul bigot: Situația superstițiosului bigot este caracterizată printr-o presiune autoritară către comportament religios. El trăia în casa părinților, care era guvernată de o poziție severă religios-dogmatică, identificându-se cu modelele de comportament religioase oferite și dezvoltând vizavi de ele un raport de dependență ambivalentă. În cele mai nefericite cazuri se ajunge la o fixație față de formalitățile legate de credință, de superstiție, cu o înclinație spre necondiționare. Pe acest fundal s-a jucat o mare parte a certurilor religioase legate de „barba profetului“, care au constituit cauzele disputelor religioase într-un cadru colectiv. Pentru a se apăra în fața atacurilor efective sau închipuite, sunt construite raționalizări, de cele mai multe ori cu caracter formal, dar care sunt apărate cu fanatism de către „credincios“ și considerate a avea conținut de credință. În acest sens, raționalizările devin fixații rigide la dogme precum: „Moise a vorbit pe muntele lui Sinai direct cu Dumnezeu“; „Isus a transformat apa în vin“; „Pâinea și vinul reprezintă carnea și sângele“; „Mohammed a împărțit luna“ sau „Mohammed e ultimul dintre profeți“ etc. Astfel de exemple, care constituie o confuzie între simbol și ființă, între forma enunțului și conținutul său, pot fi întâlnite și la budiști, și în religia hindusă, și la adepții lui Zarathustra etc. Și aici există o slăbiciune a capacității de a deosebi, a cărei semnificație poate fi înțeleasă sub aspectul istoricității, al „timpului“.

„Rugăciunea în pat“

„Toată copilăria mea, până când m-am măritat, am suferit de o incredibilă spaimă față de fantome. Seară de seară stăteam în pat înfricoșată și lac de sudoare, pentru că la noi la biserică se povesteau multe evenimente legate de apariția strigoilor. Urlam de frică în momentul în care trebuia să mă duc la culcare. În perioada pubertății am suferit de îndoieli și constrângeri îngrozitoare. Toate acestea erau legate de sentimente de culpabilitate teribile. Aproape că nu mă mai dădeam deloc jos din pat“ (gospodină, în vârstă de 43 de ani, depresii, fobii).

De-a lungul dezvoltării individuale și al crizelor aferente dependente de mediu, se poate produce o schimbare fundamentală a atitudinii legate de religie. Această schimbare poate apărea brusc și poate fi legată parțial de controverse sociale puternice din interiorul familiei: copilul se află intr-o situație în care — în conformitate cu treapta de dezvoltare pe care se află — preia în mod necondiționat toate conținuturile religioase care îi sunt puse la dispoziție. În mod caracteristic, conținuturile religioase și valorile îi sunt impuse din exterior și impregnate de presiunea autorității parentale. În perioada pubertății, apare o fază a criticii și a incertitudinilor aflată în strânsă legătură cu asumarea independenței propriei personalități și cu desprinderea de familie, față de care copilul se aflase până atunci într-o relație de puternică dependență afectivă. Casa părinților nu oferă în astfel de cazuri, de cele mai multe ori, un sprijin suficient, astfel încât problemele și dificultățile apărute să se rezolve de la sine. Totuși, această criză nu trebuie evaluată ca fiind una negativă. Ea îi oferă tânărului individ șansa de a se desprinde de fixația superstițioasă și de a se precupa pe cont propriu, în special atunci când mediul înconjurător îi oferă posibilități favorabile de identificare, de valorile religioase și privitoare la viziunea asupra lumii. Pe de altă parte, tocmai un astfel de individ se află în pericol de a înlocui superstiția bigotă a părinților cu una nouă, oferită de mediul său exterior. El își caută refugiul în religii de substitut, precum asociații, ideologii, idoli și dogme.

În mediul înconjurător al tipului secundar, este colonizată structura nevrotică obsesională și schizoidă. Imaginea tipului obsesional se suprapune în mai multe privințe cu cea a perfecționistului anxios. El este greu de urnit, inhibat în manifestările sale exterioare, neflexibil și vâscos. Dimpotrivă, structura nevrotică este asemănătoare tipului obiectual, care preferă relațiile obiective implicării emoționale. Caracteristică tipului secundar este *evadarea în activitate*, o evadare în față. În acest context se dezvoltă adesea o tendință spre exclusivitate, care poate fi considerată drept semn tipic al evadării. Domeniul care a adus cu sine succesul devine punctul central al atenției.

Orice altă activitate va fi neglijată și desconsiderată: „Șoarecele de bibliotecă“ nu are nici un pic de înțelegere față de activitățile sportive, pe care le consideră pierdere de timp. „Sportivul“ subestimează importanța hărniciei în școală. Transferat asupra capacităților actuale, acest lucru înseamnă formarea de unilateralități în favoarea capacităților secundare și neglijarea capacităților primare. „Ordinea este ceea ce contează în viață; toată zăpăceala asta cu sentimentele este o tâmpenie“. Evadarea în activitate are mereu caracterul unei ofensive. Conflictele au loc și în exterior, agresivitatea îndreptată către exterior. Aici ne întâmpină încăpățânatul zgomotos, activ, zurbagiul, atotștiutorul, cel care strică mereu cheful altora, și arivistul. În cazul tensiunilor interioare puternice, agresivitatea va fi manifestată în mod deschis, ca atac împotriva oamenilor și obiectelor, cu obiectivul unei manipulări active. Performanța este mijloc și armă de a obține atenție multilaterală și confirmare chiar și în domeniul sexualității.

Tipul secundar este predispus următoarelor probleme psihice: implusuri obsesionale, gânduri obsesionale, manifestări obsesionale, frica de eșec, tulburări de concentrare, putere scăzută de concentrare sau lipsă totală de concentrare, a se simți încordat, a considera totul de nesuportat, a nu se putea suporta pe sine însuși, plictiseală, a fi deranjat de propria pedanterie, a se purta nedrept, comportament nepoliticos, agresivitate, tulburări ale contactului interuman, neliniște interioară, lipsa de energie, a nu putea să începi nimic, demararea de proiecte inutile, excluderea elementelor sufletești. Tulburările vegetative și somatice întâlnite aici sunt: palpitații, dureri cardiace, sentiment de epuizare fizică, pierdere a apetitului, uscăciune a gurii, dureri de stomac, tulburări ale somnului, dureri de cap, hipertensiune arterială, disfuncții sexuale (de exemplu ejaculare precoce și lipsa de orgasm).

Tipul de succes	Tipul obiectual	Perfecționistul
Tipul performerului sexual	Scepticul intelectual	Superstițiosul bigot

Formele tipului de relație secundar

3. Tipul legăturii duble

Capacitățile primare și cele secundare sunt accentuate în mod diferit. Felul în care acest tip dezvoltă relații cu realitatea sa este unul curent. Fixațiile sunt mai puțin durabile și se schimbă între ele. Acestei

dinamici îi este caracteristică o anumită tensiune interioară, care pentru unii poate deveni de nesuportat. Acest tip fluctuează între atașament și detașare. Atitudinea de așteptare infantilă și dorința de libertate se anulează reciproc și induc tot mai mult sentimente de culpabilitate. Apare astfel un joc al schimbului între diferitele nevoi, precum cea a sincerității ca impunere a propriilor interese și cea a politeții ca inhibare a agresivității.

Persoanele de referință nu sunt convinse de cele mai multe ori de sarcina lor sau nu se pot pune de acord între ele. Mama spune: „Sper că știi ce ai de făcut. Nu îți spun cum să rezolvi această problemă, altfel mi-ai putea face reproșuri mai târziu". Atitudinea părinților este caracterizată de ambivalență: ei încearcă pe de o parte să își ajute copilul, în sensul tipului naiv, în același timp însă se și retrag, așa cum am putut observa în cazul tipului orientat secundar:

„Mami, ce e cu tine?"

Mami, tu vrei ca eu să mă joc afară. Dacă îmi murdăresc însă puțin pantofii și hainele, mă certi. Și nu ai terminat bine să mă certi că îmi și oferi ciocolată. Nu știu ce e cu tine (fetiță, în vârstă de 9 ani cu probleme de concentrare și ablutomanie).

Dorințele instinctuale ale copilului nu sunt tratate cu consecvență. Coexistă păreri și atitudini diferite din partea persoanelor de referință. De exemplu, tatăl are o părere diferită față de mamă, părinții față de bunici sau una din persoanele de referință este nesigură pe sine însăși. Copilul învață să se folosească de această situație cu dublu sens. El se orientează către persoana care îi oferă avantaje în acel moment și întărâtă persoanele de referință unele împotriva celorlalte. Se dezvoltă prin urmare o atitudine nesigură, prin care un individ adoptă când o părere, când o alta, în funcție de circumstanțele sociale existente. Îi va fi greu să aibă o atitudine clară sau să ia decizii. Această lipsă în luarea deciziilor devine vizibilă în supraîncărcarea emoțională, care poate avea urmări psihice sau fizice. Manifestări caracteristice acestui tip sunt:

Pot să fac totul de unul singur, totuși ajută-mă.
Vreau, dar de fapt nu vreau.
Mi-e neplăcut să mă ajuți, dar nici nu îmi convine să mă lași singur.

Educația oscilează între dreptate și iubire. Mijloacele de educație se schimbă între ele, adesea în ciuda faptului că se contrazic în trăirile provocate copilului. Cel mai adesea poate fi observată o legătură dublă în ceea ce privește capacitățile primare și secundare.

Tipul nesigur (Tipul-Hamlet): Lipsa orientării clare în atitudinea părinților se reflectă în copii printr-o poziție atitudinală indecisă. Astfel de oameni analizează mai târziu atât de mult, încât nu mai apucă să acționeze, ceea ce dovedește o capacitate decizională foarte redusă. „Nu știu ce este adevărat și ce este fals". Dispoziția lor este subordonată unor oscilații puternice. Azi se simt „high" și mâine „down".

„Îmi cunosc într-adevăr soția?"

„Soția mea mă bate la cap săptămâni întregi numai pentru a-i lua rochia care îi place ei. După ce în sfârșit reușește să mă înduplece și îi cumpăr rochia, trebuie să aud iar mai multe săptămâni în șir dacă a fost cu adevărat bine să își cumpere tocmai acea rochie în acea culoare, dacă nu ar fi fost mai bine să fi mers într-un alt magazin, dacă nu ar fi existat poate și rochii mai ieftine etc. Nu mai pot să aud toate astea. Dacă însă rochia ar fi fost vândută altcuiva până să o poată cumpăra ea, atunci sunt sigur că mi-ar reproșa că nu i-am îndeplinit visul vieții ei și așa mai departe" (contabil, în vârstă de 38 de ani).

Tipul detensionării: Dacă în situația legăturii duble ponderea legată de performanță este relativ puternică, se ajunge la o anumită formă de depresie, denumită în literatura germană cu termenul de nevroză de detensionare. Cineva care se străduiește mult să împlinească un anumit obiectiv, ajungând în cele din urmă să îl atingă, cade apoi într-un „gol" emoțional și într-o stare de nemulțumire. Pentru că el nu cunoaște motivația inconștientă, va evada în alte activități noi. Evoluția sa profesională demonstrează — ca echivalent pentru conflictul psihic — o schimbare a locului de muncă chiar și atunci când nu există o stare de nemulțumire deschisă față de acel serviciu. Acest comportament este bazat pe o identificare bipolară, în care un pol îl reprezintă normele de performanță socială, iar celălalt, dimpotrivă, dubiile inconștiente și reprimate privitoare la aceste norme legate de performanță.

„E conștientă soția mea de cum se poartă?"

„Soția mea se poartă uneori într-un mod complet de neînțeles pentru mine. Zile în șir se află într-o dispoziție depresivă, stă întinsă în pat și bea alcool. Apoi dintr-o dată se schimbă la 180 de grade și începe să deretice prin casă ca o nebună. Toți trebuie atunci să joace după cum cântă ea și dacă nu se întâmplă acest lucru, se enervează foarte tare. Aceste episoade nu durează însă prea mult. Apoi este epuizată, se așază în pat și bea din nou alcool. Nu știu care parte e mai rea: când bea sau când ne face viața

un calvar cu mania ei de a face curățenie“ (întreprinzător, în vârstă de 50 de ani).

Tipul stegulețului: Ceea ce noi denumim tipul dublei legături este descris în limbajul popular privind domeniul comportamentului social prin expresia „ca un steag în vânt“. Acești oameni se impun în exterior ca persoane pragmatice, care știu exact ceea ce vor. Însă, adeseori în spatele acestei aparențe se ascunde un sentiment de nesiguranță. A-și spune propria părere sau a avea curaj sunt acțiuni întreprinse numai la început. Apoi atitudinea se schimbă rapid. Dacă se schimbă raporturile de putere, se schimbă și tipul stegulețului odată cu ele. El are însă întotdeauna suficiente rezerve interioare, pentru a-și putea schimba din nou părerea în contextul unui nou schimb al puterilor și pentru a argumenta în mod plauzibil această schimbare. Structura tipului legăturii duble se manifestă la politicienii activi prin faptul că, pe de o parte, ei accentuează dorința de pace și armonie, pe de altă parte însă fac tot posibilul pentru a o periclita prin livrări de armament etc. O țară este distrusă pentru a fi apoi reconstruită și reparată printr-un ajutor economic generos. Structura de bază a tipului stegulețului este realizată în mai multe forme:

„Cel care nu vrea să asculte trebuie să simtă“

„Am încercat să îl iau cu binișorul. I-am trimis mai multe înștiințări prietenoase, dar nu a reacționat. Apoi am ajuns la capătul răbdării și l-am amenințat cu avocatul. Răspunsul său a venit prompt și a fost dispus să își achite datoriile. Ca și cum acest lucru nu ar fi fost posibil și înainte“ (om de afaceri, în vârstă de 38 de ani).

Tipul detensionării sexuale: Nu arareori, el prezintă atitudinea a ceea ce noi numim morală dublă. Avem aici de-a face cu două grupuri:

Primul grup îl constituie tipul taciturnului, al moralistului sever care însă face ceea ce vrea el atunci când nu se mai simte obligat vizavi de rolul său social. În timp ce acasă o face pe soțul moralist și tradiționalist, seara se duce pe ascuns la bordel. În timp ce condamnă în mod deschis masturbarea, el însuși se masturbează în fața imaginilor pornografice; în timp ce se consideră lipsit de impulsuri sexuale anormale, se dedă la anumite perversiuni. Le explică celorlalți că sexualitatea nu este o problemă dacă știi să te detașezi de ea, dar acasă își împlinește la nivelul fanteziilor scenariile interzise în viața reală. Soția care cere de la soțul ei absolută fidelitate și care se pretinde frigidă în fața lui îl are drept prieten. Normele sociale sunt recunoscute și accentuate în exterior, și în același timp sexualitatea își găsește ventilul printr-o viață dublă sau în domeniul fanteziei.

Al doilea grup este grupul persoanelor care simulează sinceritatea. Acestea vorbesc deschis despre orice și se poartă ca și cum nu ar exista nici un fel de limite pentru ele. În ciuda acestei atitudini jucate, astfel de tip este încărcat în interiorul său cu puternice inhibiții și sentimente de culpabilitate, care îi fac imposibilă trăirea cu adevărat liberă a sexualității. În fața prietenilor și a cunoștințelor se laudă: „Aseară am cunoscut o fată și două ore mai târziu m-am și culcat cu ea“. „Femeia de acolo pare să îți placă, eu am avut deja o mică aventură cu ea, adică ea a vrut, dar mie nu mi-a trebuit așa ceva“. În realitate însă, aceste enunțuri sunt lipsite de orice temei. Și în cazul femeilor lucrurile sunt asemănătoare: ele flirtează în mod evident, dar când bărbatul vrea ceva mai mult, este imediat refuzat. Ele descriu în fața prietenelor simplele dialoguri inofensive avute cu diferiți bărbați drept promisiuni de căsătorie sau nopți de iubire pasională. Și în aceste cazuri există o dorință de adaptare la normele sociale, adică la cerințele legate de performanță, valabile și domeniului sexualității. Pretinzi că ești pe deplin deschis pentru a ascunde în cele din urmă propriile inhibiții și angoase. Sunt bagatelizate problemele sexuale:

„Mă descurc foarte bine“

„Pur și simplu nu înțeleg de ce vă preocupați atât de mult de sexualitate. Problema nici nu e atât de mare. În orice caz, eu mă descurc foarte bine cu sexualitatea mea“ (academician, în vârstă de 42 de ani).

Este pus astfel sub tăcere faptul că, în spatele acestei atitudini jucate, se află probleme care au produs de-a lungul anilor multă suferință. Chiar dacă unora le-a reușit cu mult efort reprimarea sexualității, în orice caz majoritatea a eșuat în această încercare. Ies la iveală aici și puncte de vedere agresive: „Sexul este o porcărie! În locul vostru mi-ar fi rușine. Pe vremea noastră nu existau asemenea porcării“.

Adesea apar probleme sexuale, care nu sunt conștientizate ca atare, ci sunt puse pe seama serviciului și a celor din jur. Caracteristice în acest sens sunt incapacitatea sau amânarea în luarea de decizii:

„Când o să termin specializarea…, când voi avea o poziție asigurată…, când voi avea mai mulți bani…, când va fi gata casa…, atunci vom putea să luăm mai ușor decizii.“

Dacă ești căsătorit, îți dorești să fi rămas mai degrabă celibatar, plângând după libertatea pierdută. Observăm astfel cazuri curioase în care doi oameni se căsătoresc, își dau apoi seama că nu pot trăi împreună căsătoriți, divorțează, realizează că nu pot trăi nici divorțați, și trăiesc în cele din urmă împreună ca într-o căsnicie, însă divorțați.

Caricaturile iubirii referitoare la legătura dublă: „Iubirea drept conformare“; atunci când crezi că trebuie să acționezi exact în conformitate

cu ceilalți, preluând normele de grup și adaptându-te, fără a ține cont de nevoile individuale. În „iubirea ca eliberare“ ia naștere un cerc vicios: pentru a evita tutela părinților, este căutată în timp foarte scurt o relație de cuplu. Relațiile sexuale sunt consumate din perspectiva confirmării desprinderii de părinți și, de multe ori, din încăpățânare. Deosebit de caracteristică tipului dublei legături este „iubirea ca nivelare“, în care sexualitatea este utilizată ca mijloc de a dovedi în fața propriei persoane și a celorlalți că partenerul nu este în nici un fel superior. „Noi nu ne putem duce de nas unul pe celălalt. Nici soțul meu nu este un geniu“.

„Iubirea ca soluție salvatoare“ rezultă din experiența faptului că între dorință și împlinirea ei există o prăpastie. Chiar dacă în cele din urmă te declari mulțumit cu „vrabia din mână“, rămân undeva resentimente care se referă la prestigiul partenerului. Imposibilitatea atingerii idealului devine sursă a neliniștii interioare. În „iubirea ca joc de-a doctorul“, relația intimă de cuplu devine nu arareori câmp de luptă al analizei reciproce privitoare la sine și la celălalt. Partenerul este pus în situații conflictuale în care el trebuie să reacționeze astfel încât să intre în „colimatorul“ celuilalt. Precum acea soție care îi cumpără soțului ei două cravate, ca apoi, când acesta poartă una din ele pentru a-i face ei o bucurie, să îl întrebe indignată: „Nu cumva cealaltă cravată nu îți place?“

Ceea ce în afară poate părea iubire, la o analiză mai atentă se dovedește a fi de fapt milă. Teama că partenerul ar putea să își facă ceva, sau că ar rămâne singur, că a fost tratat pe nedrept sau că îi poți aduce un mare noroc unui biet om, conduc la un autosacrificiu generos. Iubirea devine aici instituție de binefacere. Din acest motiv s-a culcat o femeie în vârstă de 28 de ani cu fratele ei handicapat fizic, „pentru a simți și el ce înseamnă să trăiești“.

„Norocul de a avea două femei“

„Soția mea se poartă uneori de parcă ar fi o actriță, machiată și total extravagantă. Alteori umblă desculță și îmbrăcată în blugi decolorați. Am sentimentul că m-am însurat cu două femei diferite. De altfel, nu îmi place nici una, nici cealaltă. Ceva la mijloc ar fi tocmai potrivit“ (angajat în vârstă de 35 de ani).

Tipul indiferenței: Acest tip manifestă adesea față de conținuturile religioase o aversiune ambivalentă. Pe de o parte are un punct de vedere critic față de religie, pe de altă parte însă nici nu poate renunța definitiv la ea. Evenimentele marcante, precum pierderea unei rude apropiate sau accidentele, activează conflictul până atunci ascuns, ducând la raționalizări. Enunțuri precum „De ce permite Dumnezeu manifestarea Răului?“, sau „Cum de se ajunge la războaie în lume dacă există un Dumnezeu?“ caracterizează această atitudine. Pe de o parte există dorința de a schimba conținuturile religioase și ideologice moștenite sau cu potențial de îmbunătățire, acțiune în care respectivul tip chiar se implică, neputându-se însă separa, pe de altă parte, de tradițiile învățate. Acestui tip îi aparțin persoanele interesate necondiționat de noutățile manifestate în sfera religiei, dar cărora le lipsește consecvența: deși s-au decis pentru o anumită direcție, sunt totuși în continuare labile. Își schimbă atitudinea mai puțin din cauza necesităților obiective, cât în baza autorității mediului lor înconjurător. Astfel, nu trebuie decât ca cineva să spună: „Cum ați putut să le faceți părinților dumneavoastră așa ceva, și anume să abandonați religia lor de origine?“ pentru ca ei să își pună alegerea la îndoială. Tipul acesta prezintă slăbiciuni în capacitatea de a deosebi între ceea ce este esențial și neesențial într-o religie, respectiv într-o comunitate sau între membrii unei comunități.

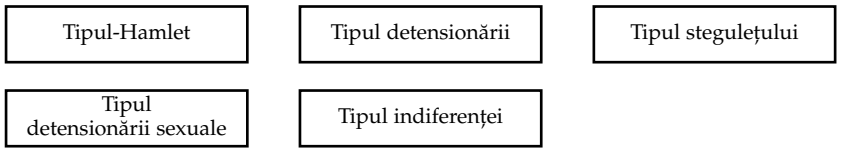
Rezumat: Tipul dublei legături corespunde în linii mari structurii nevrotice isterice. Oamenii afectați de aceasta trăiesc fără a avea un punct de referință în viață și o orientare interioară solidă. Pot fi conduși din exterior prin oferte de moment și posibilități noi, apărând în fața lor înșiși și a celorlalți ca persoane imprevizibile. O reacție de evadare tipică tipului dublei legături este *evadarea în boală*. Ea se bazează în mare parte pe experiențe legate de învățare, în care este implicată imitația. Autoimitația este învățată conform următorului model: Copilul este răcit și îngrijit de către mamă sau o altă persoană de referință într-un mod cu totul intens și atent. Copilul, care înainte de a fi bolnav se simțea copleșit de circumstanțele exteroare, precum activitatea profesională intensă a persoanelor de referință, rivalitatea dintre frați sau accentuarea de către mamă a ordinii și a supunerii, face acum experiența: când sunt bolnav reproșurile încetează, e liniște, devin centrul atenției și primesc toată atenția pe care mi-o doresc de mult. Această experiență acumulată în copilărie reapare ori de câte ori trebuie depășite situații problematice: mama mă ceartă, mi-e frică de un anumit examen, trebuie să mă ocup de musafiri neplăcuți, sau trebuie să merg în vizită la oameni pe care nu îmi doresc să îi văd. Atunci soluția salvatoare rămâne evadarea în boală. La imitarea celorlalți se ajunge atunci când copilul experimentează retragerea mamei atunci când există certuri în familie, acuzând dureri de cap și migrene, fiind lăsată în pace și chiar îngrijită de către tată. Copiii trebuie să mențină ordinea și curățenia în casă, pentru că „mama este bolnavă“. Această experiență devine model de învățare. Se dezvoltă astfel următoarea asociere, în mare

parte inconștientă: „Atunci când apar anumite probleme în viața mea pe care nu le pot rezolva, când trebuie să fac față lucrurilor neplăcute, atunci mă îmbolnăvesc (precum mama mea) și pot conta pe atenția și ajutorul primite din exterior“. Acest model de reacție devine independent de-a lungul dezvoltării, astfel încât în cele din urmă nu mai ai deloc acces la cauze și la mecanisme. Pacientul merge de la medic la medic, este tratat cu medicamente, trimis la băi etc., fără să apară însă ameliorări esențiale. Adultul cultivă în continuare experiențele care îl pot ajuta să își mențină avantajele dobândite din boală. Nu doar pacientul, ci și persoanele din jurul său acționează cu predilecție după modelul legăturii duble:

„Eu și ceilalți“

Un pacient, ce suferea de o tulburare digestivă, se plângea: „Acum că mi-e rău, toți se ocupă de mine: soția mea, colegii mei și mai știu eu cine. Când eram însă foarte stresat și nu mai știam încotro să o iau, toți erau pe capul meu“ (om de afaceri, în vârstă de 47 de ani).

Tipul legăturii duble ocupă tot spațiul existent între cele două extreme ale tipurilor naiv-primar și secundar. Simptomatologia sa pare foarte complexă și înșelătoare; tulburările psihice și psihosomatice se suprapun reciproc, astfel încât s-ar putea vorbi chiar despre o dublă legătură a simptomatologiei. Problemele psihice sunt: indecizie; a nu se putea suporta; a se purta nedrept; iritabilitate; a nu se putea înțelege cu sine însuși; dispoziție variabilă, uneori dublată de depresii; a se simți inhibat; oscilații zilnice ale dispoziției; atenție scăzută sau inexistentă; a face o mie de lucruri în același timp; a spune sau a face lucruri pe care apoi să le regrete; a merge fără nici un scop de colo colo. *Tulburările vegetative și psihosomatice sunt:* sentimente de depresie, insuficiență respiratorie, sentimentul că se opresc bătăile inimii, tahicardie, furnicături în brațe și picioare, senzații de epuizare, dublate de suprareactivitate, oscilații vizibile ale stărilor afective, tulburări digestive, senzații de amețeală, menstruație neregulată, dureri reumatice.



Formele tipului dublei legături

2. Concepte și mitologii

Este o sticlă pe jumătate plină sau pe jumătate goală?

Atitudinile cu privire la capacitățile actuale și la mijloacele capacităților de cunoaștere și de iubire sunt concepte aflate în spatele comportamentului unui individ. Situațiile conflictuale existente în relația de cuplu pot fi descrise drept conflicte între modelele axiologice care se resping reciproc. Aceste modele de evaluare sunt relativ stabile în calitatea lor de atitudini și modele de comportament. În măsura în care ele se referă în mod direct la un comportament, noi le denumim *concepte actuale*.

„Afară e vopsit gardul, înăuntru-i leopardul“

Capacități actuale	Eu	Partener
Ordine	„Eu sunt de părere că o locuință trebuie să arate în așa fel încât să se vadă că locuiesc oameni în ea“ (gospodină în vârstă de 39 de ani, dificultăți în căsnicie, depresii)	„Soțul meu consideră că locuința trebuie să arate ca într-un catalog“

În acest caz există concepții legate de ordine care se resping reciproc; ele au fost cele care au condus la conflictul familial și la divergențe ulterioare.

„Soțul meu nu miroase bine“

Capacități actuale	Eu	Partener
Curățenie	„Apa este elementul meu. Dacă nu mă pot spăla de mai multe ori pe zi, nu mă simt bine“ (soția în vârstă de 51 de ani a unui academician)	„Soțul meu nu cunoaște apa și se spală cu multă neplăcere. Adesea, el intră cu murdăria până și în pat“.

Ambii parteneri au propriile sale concepte privitoare la curățenie, pe care fiecare dintre ei le consideră a fi firești, corecte și logice din punct de vedere obiectiv. Curățenia înseamnă pentru femeie: igienă, apărare de boli, împrospătare. Curățenia pentru soț: mai puțin importantă, un hoț de timp, „puțină murdărie nu omoară pe nimeni", „dușurile dese dăunează pielii".

Concepțiile diferite legate de curățenie se îndreaptă și către anumite forme ale comportamentului privitor la curățenie:

„A face duș sau a face baie?"

Capacități actuale	Eu	Partener
Curățenie	„Trebuie să faci baie în cadă cu apă caldă, ca să poți îndepărta toată murdăria de pe corp: nu devii cu adevărat curat decât folosind apă caldă și săpun"	„Mie îmbăiatul în cadă mi se pare deosebit de scârbos. Stai acolo până la urmă în propriul jeg. Prefer dușurile reci. Mama mea spunea mereu: dușul rece te face rezistent" (academician în vârstă de 58 de ani)

Prin acest exemplu, devine clar faptul ca soțul nu prezintă un deficit cu privire la curățenie, adică el nu este murdar, ci are anumite concepții foarte precise legate de curățenie. El le poate justifica prin argumente plauzibile, la fel cum și soția sa poate justifica prin argumente propria sa concepție privitoare la curățenie. Fiecare din cei doi face apel la rațiune ca martor al perspectivei sale, amândoi considerând că dispun de unicele argumente corecte, ceea ce nu face decât să adâncească neînțelegerea.

Când o femeie se plânge: „Soțul meu este dezordonat", acest enunț spune ceva atât despre bărbat, cât și despre femeia care își exprimă această părere. Conceptul care se află în spatele acestei plângeri poate fi limitat la așteptare; „Dacă ar fi numai un pic mai ordonat, aș fi mulțumită". Poate fi totuși și mai general și suna cam așa: „Ordinea este foarte importantă în viață". Această propoziție reflectă un *concept de bază* care acoperă domenii extinse ale comportamentului și întregul sistem al personalității individuale. În acest caz, propoziția „ordinea este foarte importantă în viață" devine un concept care determină comportamentul unui individ, precum și așteptările pe care acesta le are de la sine însuși și de la ceilalți. Am putea să descriem acest proces ca fiind unul de generalizare.

Totuși, generalizarea legată de un astfel de concept se poate extinde mult mai mult. Ea nu include numai un singur gând general, ci o multitudine de astfel de generalizări, care își au toate rădăcina comună în conceptul de bază. Cu alte cuvinte, cineva al cărui concept de bază poate fi descris prin enunțul „Ordinea este foarte importantă în viață" se va deosebi în multe privințe de cineva al cărui concept poate fi redus la întrebarea „Ce vor spune oamenii?". Cineva care crede în motoul optimist „Ia-o ușor" va avea alte modalități de rezolvare a conflictului față de o altă persoană care reacționează cu resemnare în fața succeselor sau a eșecurilor, folosind propoziția „La ce bun?". Conceptul de bază descrie astfel formele prin care cineva reacționează în fața conflictelor, stabilind în mare parte modalitățile acelei persoane de a rezolva conflictele existente.

Conceptul de bază reprezintă astfel un sistem de referință cuprinzător, în cadrul căruia noi evaluăm propriile noastre trăiri personale. De cele mai multe ori coexistă mai multe concepte de bază, care se pot și contrazice în același timp. Cel mai simplu exemplu în acest sens îl constituie oscilațiile de dispoziție, unde nu se schimbă informațiile venite din afară, ci evaluările și sistemele de referință cărora noi le atribuim aceste informații. Din conceptul „Eu sunt cel mai tare" apare conceptul „Eu sunt un ratat" și invers. Un eveniment legat de succes va fi evaluat în mod diferit din această perspectivă. Unii vor pune evenimentul în seama propriilor capacități, văzând în el un succes extraordinar; conceptul pesimist va ajunge în anumite circumstanțe la concluzia: „Nu era atât de important până la urmă și cine știe dacă este cu adevărat așa de bine".

Conceptul de bază reflectă conflictul de bază într-o formă mai concentrată: trecutul individual legat de procesul de învățare și tradițiile moștenite. Nu se bazează astfel pe o decizie luată de bunăvoie, ci își are originea într-o evoluție, pe care noi dorim să o descriem prin conceptul de „mitologie colectivă sau individuală". Mitologiile sunt pe de o parte concepte de bază, cristalizări ale atitudinilor, pe de altă parte ele sunt concepte desprinse de individ și ajunse la stadiul de realități sociale în comunicare și în tradiție. Astfel de mitologii ies la lumină printr-o multitudine de forme de manifestare: lozinci (politețea), proverbe (a trăi și a-i lăsa și pe ceilalți să trăiască), imagini în cuvinte (Fiecare noapte întunecată are un final luminos), filosofii și povești, metafore, parabole, fabule și paradigme. Dar și situațiile-model trăite pot prelua rolul de concepte. Enunțul „La fel ca tatăl meu" include o serie

de situații care au devenit concept prin calitatea lor de modele imitabile sau respingătoare. De asemenea, muzica este purtător de concepte. Stilul muzical dobândește astfel o importanță psihosocială devenind semn caracteristic al diferitelor puncte de vedere. În acest sens, muzica clasică ar aparține din punct de vedere structural unui concept adult sau parental, pe când muzica beat, soul și folk conceptului tinerilor. Și conceptele colective, de exemplu conceptele etnice și naționale, își pot găsi exprimarea în anumite tipuri de muzică, respectiv de folclor. Muzica se referă prin natura ei la simțuri, intuiție și astfel de emoție, având o sumedenie de efecte asupra sferei afective și asupra dispoziției: poate incita, genera agresivitate, mijloci un sentiment de solidaritate, provoca sentimentalism, relaxa, liniști și adormi. În orice caz, efectul muzicii depinde în mare parte de calitățile de referință ale atitudinii asimilate și, astfel, de concept:

„Fiecare cu ale lui“

„Mi-ar plăcea foarte mult să mă mut de acasă. Taică-miu devine din ce în ce mai insuportabil. Mi-am pus să ascult la combină o muzică foarte mișto și am dat-o la maxim, ca să mă pot bucura de ea pe bune. Însă norocul meu nu a durat prea mult. Tata a intrat în cameră și a început să facă pe raționalul… Cum că beat-ul ar fi îngrozitor de monoton, că ar provoca stres, că ar duce la tulburări de auz și în general că îi instigă pe tineri la violență și alte prostii de genul ăsta. Ar trebui să ascult Mozart în schimb. I-am spus foarte clar că nu e genul meu și că nu pot să sufăr muzica aia îngrozitoare. Și astfel s-a terminat cu liniștea de la noi de acasă“ (elev în vârstă de 17 ani, problematică generațională).

Nevoii individuale de mitologie îi vine în ajutor mitologia colectivă: ea a formulat deja ceea ce individul învață ca fiind adevărat sau fals, lipsindu-i însă uneori cuvintele: „M-am bucurat în interiorul meu atunci când am citit: tinerii suferă mai puțin de pe urma propriilor greșeli decât de pe urma înțelepciunii bătrânilor. Mă ung la suflet aceste cuvinte ale bătrânului Vauvenargue“.

Conceptul de bază, care se referă aici la relația dintre generații și la perspectivele ei, este concentrat în enunțul istoric, care rezumă printr-o propoziție ceea ce vrea să spună și individul însuși și ceea ce reprezintă motorul propriului său comportament. Noi toți dispunem de astfel de mitologii, adică de concepte de necontrolat din punct de vedere conștient și de sisteme de referință mai cuprinzătoare, care determină posibilitățile noastre. Nu doar pacienții sau terapeuții au concepte. Fiecare instituție terapeutică, fiecare teorie psihoterapeutică pleacă de la anumite premise corespunzătoare conceptelor. Într-o formă generală, teoriile sunt dependente de perspectivele asupra lumii, de imaginea asupra omului și de ideologii.

Totuși, marele raster al ideologiilor este uneori prea puțin diferențiat. Pot fi găsite concepte și în unități teoretice mai mici, care oferă o anumită modalitate de înțelegere a unei situații sau constatări. Din această perspectivă pot fi văzute de exemplu prescripțiile de interpretare conform cărora este explicat comportamentul uman de către diferitele direcții psihoterapeutice. Nu există psihoterapie lipsită de concepte. Premisele nu pot fi acceptate tacit, dacă nu se dorește ca psihoterapia să ajungă în periculoasa apropiere a manipulării. Ceea ce se înțelege prin concepte precum schimbare de atitudine, flexibilitate, fixație, unilateralitate, generalizare etc. se referă în cele din urmă la mitologia individuală și la conceptul teoretic. Psihoterapia trebuie să se preocupe deci de aceste mitologii, dacă ea nu dorește să se limiteze, prinsă în propria-i mitologie, numai la tratarea a mereu noi simptome. Scurtcircuitul pe care l-ar putea provoca această limitare, și anume pretinderea unei demitologizări totale, este de asemenea expresie a unei parțialități. Fiecare comportament și fiecare atitudine se află în cadrul unui anumit concept de bază. Așadar, întrebarea se pune altfel: Când și în ce condiții se transformă conceptul de bază într-un focar conflictual?

Un pacient în vârstă de 56 de ani intrase în tratament psihoterapeutic din cauza puternicelor atacuri de panică pe care le avea. Noaptea se trezea speriat, visa că îi fuge pământul de sub picioare, că e cutremur și că el însuși se ținea cu toată puterea de podea, pentru a nu cădea într-una din crăpăturile adânci produse de seism.

Aceste atacuri de panică ar putea fi tratate în mod convențional; de asemenea, ar putea fi extrase elemente clare cu ajutorul cărora să poată fi analizat visul pacientului. Fundalul concret al angoasei îl constituia reprezentarea conform căreia tot ceea ce pacientul dobândise până în acel moment, ceea ce el însuși denumea drept baza existenței sale, ar fi putut fi pus la îndoială din cauza schimbărilor de natură socio-politică, el pierzându-și astfel fundamentul existenței. Mitologia sa suna: „Dacă ai ceva, ești cineva“. Acest concept de bază — tip secundar, criterii ale stimei de sine, adică Succes/Hărnicie/Performanță/Chibzuință — își păstra avantajul atâta timp cât afacerea mergea ascendent. În momentul în care dezvoltarea ei nu a mai fost în conformitate cu conceptul valoric personal, s-a ajuns la simptomatologia de angoasă.

Cum arată deci un tratament care ține cont de conceptul de bază, de mitologia individuală și de cea colectivă? Conceptul de bază al fiecărui om nu poate fi principial fals. Pesimismul poate fi la fel de îndreptățit precum optimismul, o atitudine cinică poate fi la fel de bine argumentată

precum una accentuat indiferentă. Ceea ce duce la conflicte este unilateralitatea și exclusivitatea cu care este impusă mitologia individuală. Din această perspectivă, și conceptul „totul este relativ“ poate deveni o mitologie clar generalizată (tipul dublei legături).

Sarcina psihoterapiei nu este aceea de a răspândi un singur concept valabil. Conceptul terapeutic „Eu sunt ok, tu ești ok“ îndeplinește — excluzând fundalul un pic diferit al analizei tranzacționale — toate premisele unei mitologii psihoterapeutice. Ce se întâmplă însă atunci când eu însumi mă simt foarte ok, dar partenerul meu dovedește anumite trăsături și moduri de comportament pe care eu, cu toată bunăvoința din lume, nu le pot considera ok? În acest moment mă aflu într-o poziție perdantă cu conceptul „Eu sunt ok, tu esti ok“.

Psihoterapia poate năzui, cu cugetul împăcat, un lucru: și anume de a prezenta conceptul pacientului, mitologia sa individuală, conceptele diferențiate și alternative. Chestiunea privitoare la ce este corect sau greșit se află în spatele chestiunii legate de factorii care duc la anumite urmări și de premisele care condiționează o mitologie. O explicație în ceea ce privește mitologia individuală o oferă răspunsul la întrebarea: În ce mitologie colectivă crezi și cu ce viziune asupra lumii, filosofi, întemeietori ai unei religii, ideologie, scriitor sau contribuție științifică te identifici cel puțin parțial? Această chestiune are și o importanță terapeutică, căci conceptul de bază ales nu este de neschimbat. Ba, mai mult, el necesită o confirmare permanentă, fie că depinzi de anumite experiențe care îți întăresc conceptul personal, fie că te sprijini de alte concepte care îl fac pe cel propriu să pară cu atât mai credibil.

În practica psihoterapeutică putem observa o relație evidentă între anumiți autori și tulburările de personalitate. Așa am putut eu conchide, în cazul unei serii de pacienți care trecea printr-o criză profundă de identificare, că scriitorii lor preferați erau Nietzsche și Hermann Hesse. În acest grup se aflau pacienți cu probleme transgeneraționale, alcoolici, depresivi și schizofrenici. Conceptele îl însoțesc pe individ de-a lungul întregii sale vieți. Împletite cu evoluția individuală, ele devin caracteristici în baza cărora poate fi schițată o psihogramă.

„Fiecare este singur“

O academiciană în vârstă de 36 de ani începu tratamentul psihoterapeutic din cauza depresiilor, tulburărilor cardiace și a angoaselor apărute mai ales în situații care implicau singurătatea. Pe lângă aceste probleme subiective, pacienta se plângea mereu că soțul ei nu o înțelege. După cum se dovedi, în universul trăirilor pacientei era implicată o serie de concepte, care formaseră de-a lungul evoluției ei un anumit mod tipic de autocunoaștere: „Din câte îmi aduc aminte, nu mi se citeau povești când eram mică. Rugăciunile spuse seara erau rugăciuni copilărești, naive. Auzeam mereu din partea tatălui: „Tu chiar nu ai nici un pic de mândrie?“, „Cu puțină încredere în Dumnezeu...“, și a mamei: „Mai bine un noroc mic, liniștit, decât unul mare, zguduitor“.

În perioada școlii: Spyri a scris o carte care vorbea despre o fetiță pe nume Heidi care se simțea protejată în munți. Pubertate: Colecție de citate celebre, pe care însă le-am uitat complet între timp. Romane de toate felurile. Poezii: ceva emoționant: „Ce ciudat, să te plimbi prin ceață! Viața e singurătate. Nici un om nu îl cunoaște pe celălalt. Fiecare este singur“ (Hesse).

Cu soțul meu există de asemenea o serie de probleme. Chiar dacă îi pot împărtăși interesele legate de psihologie și sociologie, nu am deloc înțelegere față de iubirea sa pentru filosofie. El îi iubește pe Kierkegaard, pe Bloch, înainte și pe Marx. Are o preferință pentru statistică, motiv pentru care uneori mă înfurii foarte rău. Aș prefera să dansez cu el. Însă asta nu îi face lui așa multă plăcere“.

Această formă de autocaracterizare nu oferă un tablou exact al datelor biografice, descrie însă aspecte și calități importante legate de sensibilitate, izvorâte pe de o parte dintr-o anumită evoluție psihică, pe de altă parte însă ele reprezintă elemente care au impulsionat această evoluție (în forma conceptelor de bază ale părinților) și au întărit-o (în rolul lor de concepte legate de atitudini și de comportament).

Posibilitatea terapeutică în tratarea conceptului de bază rezidă în diferențierea sa. Aceasta se poate petrece prin analizarea, împreună cu pacientul, a trecutului mitologiei sale; mitologia va fi relativizată din prisma evoluției individuale a pacientului și va fi specificat din punctul de vedere al conținutului: *Se va întreba dacă pacientul are nevoie de concept pentru înțelegerea relației cu sine însuși, cu partenerul, în relația cu educația, ca ajutor în viața profesională și în relațiile interumane sau în a găsi un răspuns la întrebările sale legate de viitor*. Va fi delimitat astfel domeniul încărcat conflictual și va fi stabilit gradul de generalizare. Vor fi discutate apoi normele psihosociale asupra cărora este îndreptat conceptul. Toate capacitățile actuale pot deveni mitologii, însă supraaccentuarea mitologizantă a anumitor domenii duce la înnăbușirea altor capacități. Această mitologie individuală se bazează pe faptul că anumite medii ale capacității de cunoaștere vor ajunge să fie în prim-plan. „Mâncarea și băutura ne mențin în viață“ (expresie întâlnită adesea la oamenii cu obiceiuri alimentare bine dezvoltate). „Nu vorbi decât despre lucruri pe care le poți argumenta“ (Rațiunea funcționează aici nu arareori ca reprimare a unei afectivități neîmplinite). „Îți poți recompensa părinții prin recunoștință pentru ceea ce ți-au oferit“. „Ceea ce s-a dovedit valabil

de-a lungul secolelor nu poate fi fals“ (accentuarea factorilor tranditionali). „Ceea ce simt îmi spune ce e corect și ce e greșit“ (intuiție). După analizarea conceptelor de bază, vor fi evaluate în mai multe feluri mediile capacității de cunoaștere. Totuși, persoana în cauză nu este de cele mai multe ori conștientă de existența unei asemenea unilateralități.

Comparativ cu mitologiile individuale, pot fi prezentate și alte mitologii corespunzătoare. Procesul este asemănător cu cel al cântăritului: pentru a cântări un obiect este pus un altul în celălalt taler al balanței. Mitologia trebuie luată în serios, ceea ce înseamnă că și terapeutul trebuie să se confrunte cu ea. Psihoterapia înseamnă mai ales impulsuri în gândire, și mai puțin șiruri finite de gânduri. Astfel de impulsuri ale gândirii ajută la crearea de *contraconcepte*, și anume cele care îi dau posibilitatea pacientului de a-și delimita propria mitologie.

Un pacient care suferea de depresii profunde nu mai putea găsi nici un sens în succesele sale. Nimic nu se ridica la pretențiile lui. Era nemulțumit de toți și de toate. Aflându-se în această stare de nemulțumire generalizată, eu l-am confruntat cu o povestire orientală:

„Pe jumătate plină și pe jumătate goală“

„Imaginați-vă o sticlă umplută numai pe jumătate. Această sticlă poate fi văzută în mod diferit. Optimistul spune: „Sticla este pe jumătate plină“. Pesimistul spune: „Sticla este pe jumătate goală“.

I-am transmis astfel pacientului că poate vedea situația în care se află și dintr-o altă perspectivă decât cea cu care este el obișnuit. El poate alege o alternativă de comportament, și acest lucru astfel încât să se poată identifica cu ea, fără a se simți însă lezat. Prin intermediul conceptului alternativ obții posibilitatea de a relativiza într-o primă fază în mod experimental propria perspectivă.

O altă pacientă se plângea: „Am trecut deja prin doi ani de terapie analitică. Nu mai pot fi ajutată. Sunt complet distrusă.“ S-ar fi putut discuta cu această pacientă despre ceea ce se află în spatele enunțurilor ei, despre contradicția legată de faptul că totuși a acceptat să urmeze o psihoterapie. Astfel, atenția s-ar fi concentrat în mod necesar asupra tulburărilor, aspect de care pacienta era preocupată de mai mulți ani. O astfel de abordare ar fi întărit firește în continuare conceptul de bază al pacientei, căci în primul rând ea ar fi trebuit să își considere propria mitologie o iluzie provenită din raționalizare. În locul unei astfel de analize, eu i-am explicat pacientei situația ei cam așa:

„Depresiile sunt doar nori“

„Imaginați-vă vă rog soarele. Atunci când soarele nu mai strălucește, care este cauza? Soarele strălucește mereu. El este numai din când în când acoperit de nori.“

Această poveste a înfăptuit ceva asemănător rezolvării descrise deja: ea oferă indicii asupra contradicției în care se află pacienta și asupra jumătății de adevăr a enunțului ei:

„Depresiile sunt doar nori“. Pacienta a reacționat spontan: „Se poate întâmpla așadar ca depresiile mele să nu fie decât nori care adumbresc relația pe care o am cu mine însămi?“

Cu această întrebare, pacienta a indicat un nou concept al bolii ei, care a facilitat demersul terapeutic.

„De câte ori mai am voie să mor?“

O femeie casnică, în vârstă de 55 de ani, dezvoltă în urma morții soțului ei o angoasă profundă față de moarte. Mereu când era singură seara în apartament o invada sentimentul că trebuie să moară: „Pur și simplu nu mai pot, mi-e o frică teribilă de moarte“. I-am dat de înțeles că a murit deja de multe ori până atunci. Pacienta a fost consternată: „Ce vreți să spuneți cu asta?“ „Lașii mor de mai multe ori înaintea morții lor. Curajoșii nu gustă moartea decât o singură dată“ (Shakespeare). La pronunțarea cuvântului „laș“, pacienta a înghițit în gol și a spus: „De fapt până acum mi s-a părut mereu că sunt o persoană curajoasă, dar totuși e ceva adevăr în faptul că lașii mor de mai multe ori. Frica pe care o simt acum nu poate fi mai rea decât cea resimțită în fața adevăratei morți“.

Prin acest dialog a fost netezit drumul în stabilirea unei diferențieri dintre moartea ca soartă imanentă și atitudinea față de moarte ca adevărată cauză a angoasei.

Tocmai grupurile psihoterapeutice prezintă adesea o multitudine aproape incredibilă de concepte care constituie probabil o premisă esențială a eficienței terapeutice de grup. Într-un grup terapeutic de femei, participantele erau preocupate de probleme legate de educație. Aceste probleme erau reprezentate de propriile dificultăți întâmpinate în relația cu copiii lor. Una dintre participante, Dna N., povesti un eveniment care îi provocă furie și sentimente de culpabilitate:

„Fiul meu își oferă sufletul pe tavă“

Dna N.: „…Până aici totul e ok. Dar nu mă pot abține, câteodată îmi vine să explodez și atunci aș putea să îl omor în bătaie pe fiul meu (Grupul era neliniștit). Nu îmi spuneți că vouă nu vi s-a întâmplat asta niciodată“.

Dna F.: „Despre ce era vorba de fapt?“

Dna N.: De fapt nu prea vorbesc cu plăcere despre asta. Mă enervează atât de tare... Dar fie. Soțul meu și cu mine ne-am certat acum câteva zile. Era vorba ca soacra mea să vină în vizită. Gerd a auzit toată discuția și i-a povestit totul prompt soacrei mele. Atmosfera a fost mai mult decât rece. Cum a plecat soacra mea, i-am dat câteva palme lui Gerd și am țipat la el, spunându-i: Ai înnebunit? Ești căzut în cap? Așa ceva nu se spune mai departe…!“

Dna B.: Bietul băiat. Până la urmă tu ești singura vinovată, de ce vă certați în fața băiatului? Eu nu aș fi spus nimic.

Dna F.: Acum nu o mai face pe martira. Nu poți să le permiți orice copiilor. Tu știi foarte bine câte probleme are N. cu soacra ei.“

Dna H. (se abținuse până în atunci): „Priviți toată această poveste ceva mai obiectiv. Eu l-aș fi întrebat pe băiat ce i-a venit să povestească mai departe ce a auzit.“

Grupul a discutat cu mult angajament pe această temă. Din diferitele păreri împărtășite s-a cristalizat un contraconcept aprobat de către toți membrii grupului: „*Rufele murdare se spală în familie*“. Acest enunț ar fi fost, după părerea comună a grupului, la care a aderat și dna N., mai pe înțelesul băiatului. În calitatea sa de contraconcept, ar fi facilitat față de conceptul personal („Trebuie să fii mereu sincer“ și „Bunica se bucură dacă sunt sincer și am încredere în ea“) o diferențiere ulterioară a comportamentului social. Cearta sau bătaia au același contraconcept drept conținut (conceptul mamei), dar ele nu sunt înțelese mereu de către copil; el nu știe la ce se referă ele. Invers, indiciul asupra sincerității și politeței lui Gerd se poate transforma într-un contraconcept pentru mamă.

„Conceptul vieții mele“

Situație	Concept	Contraconcept
„Buni, mami și tati s-au certat rău din cauza ta. Mami a spus că ar trebui să rămâi unde ești, dar eu mă bucur că ai venit“ (elev în vârstă de 11 ani).	„Ai înnebunit? Ești căzut în cap? Așa ceva nu se spune mai departe!“ „Eu nu aș fi spus nimic.“ „Nu poți permite orice.“ „Ce ți-a venit să povestești mai departe?“	Pentru băiat: „Rufele murdare se spală în familie.“ Pentru mamă: Sinceritate-Politețe. Ar trebui pedepsită sinceritatea? Ce are legătură cu soacra trebuie discutat direct cu soacra.

Rezumat: Nu se poate ca obiectivul să fie acela de a înlocui cu ajutorul autorității terapeutului un concept deja fixat cu un contraconcept la fel de fixist. Conceptele terapeutice posedă un caracter ipotetic. Pacientul le poate prelua experimentându-le și întrebuințându-le în funcție de circumstanțe. Punând problema conceptului, noi scoatem la lumină acele sisteme de referință altfel inconștiente, de la sine înțelese, stereotipe, în baza cărora un individ percepe realitatea.

Conștientizarea capacităților actuale și a conceptelor de bază eliberează constrângerile și presiunile psihosociale și dezactivează angoasele și agresivitatea. Terapeutul și întreaga situație terapeutică susțin în fața pacientului un anumit concept- de exemplu vindecarea împotriva bolii — devenind ele însele mitologii. Situația terapeutică devine, indiferent dacă este interpretat sau format un comportament, esența contraconceptului cu care pacientul trebuie să se confrunte.

Poveștile orientale ca mijloace în psihoterapie

Drumul cel lung

Se povestește în mistica persană despre un drumeț care mergea anevoios de-a lungul unei străzi aparent interminabile. El era încărcat cu multe poveri. Purta în spate un rucsac plin cu nisip, în jurul corpului îi atârna un burduf mare, plin cu apă. În mâna dreaptă ținea o piatră diformă, în cea stângă o bucată dintr-un bolovan de râu. În jurul gâtului său se legăna, prinsă pe o sfoară tocită, o veche piatră de moară. De gleznele lui se loveau lanțuri ruginite, târând după ele greutăți mari prin nisipul prăfuit. Omul balansa pe cap un dovleac pe jumătate stricat. Lanțurile zdrăngăneau la fiecare pas pe care îl făcea. Se deplasa pas cu pas, gemând și oftând și blestemându-și soarta grea și oboseala care îl chinuia.

În drumul său, el se întâlni, în căldura arzătoare a amiezei, cu un țăran. Acesta îl întrebă: „O, drumețule obosit, de ce umbli încărcat cu această bucată de stâncă după tine?“ — „Ce chestie“, răspunse călătorul, „Până acum nici nu am observat-o“. El aruncă atunci bucata de stâncă și se simți mult mai ușor. Mai merse așa o bucată lungă de drum, după care iar întâlni un țăran care se interesă: „Spune, drumețule obosit, de ce te chinuiești să cari pe cap un dovleac pe jumătate stricat și tragi după tine lanțuri de care atârnă greutăți din fier atât de mari?“ Drumețul răspunse: „Sunt foarte bucuros că mi-ai atras atenția asupra lor; nici nu am știut ce rău îmi fac“. El se scutură de lanțuri și strivi dovleacul pe marginea drumului. Și iar se simți mai ușurat. Dar cu cât mergea mai departe, cu atât începea din nou să sufere. Un țăran care venea de la câmp îl privi umit: „O, omule bun, tu cari nisip în rucsac, dar în jurul tău există mai mult nisip decât ai putea cără vreodată. Și cât de mare este burduful tău cu apă — de parcă ai vrea să traversezi deșertul Kawir. În timp ce chiar pe lângă tine curge un râu limpede, care

te va însoți în drumul tău încă multă vreme de acum încolo!" „Îți mulțumesc, țărane, acum bag de seamă ce am cărat după mine". Cu aceste cuvinte, drumețul își desprinse burduful plin cu apă de la brâu și umplu o groapă cu nisipul din rucsac. Dus pe gânduri, rămase în loc și privi soarele apunând. Ultimele raze de soare îi trimiseră iluminarea: Privi în jos, văzu piatra cea grea de râu care atârna la gâtul său și își dădu brusc seama că ea era cea care îl făcea să meargă atât de cocoșat. O dezlegă de la gât și o aruncă cât putu de tare în râu. Eliberat de poverile sale, plecă mai departe în răcoarea serii pentru a găsi un adăpost.

În ultimii ani am adunat un număr mare de fabule și mitologii orientale (în mare parte persane) care pot fi folosite din punct de vedere terapeutic. Aceste mitologii au fost alese special pentru a indica neînțelegeri și conflicte psihosociale, fiind în același timp relevante din punct de vedere psihologic. Orientarea către povești orientale nu este de natură principială. Mitologiile și înțelepciunile orientale și occidentale au în multe sensuri rădăcini comune, ele separându-se abia din cauza câmpului de tensiune creat de contextul politico-istoric.

În țările orientale, astfel de povești au dobândit de mult timp semnificația unui autoajutor. Povestitorii și dervișii erau de cele mai multe ori aceia care aduceau poveștile la oameni, împlinindu-le acestora o nevoie esențială de informare, identificare și auto-ajutor. Povestirile aveau parțial un conținut religios și orginea lor se afla în Coran, altele se refereau direct la viața socială colectivă cu care ascultătorii lor se puteau identifica, dar ele puteau fi și obiect al amuzamentului de grup. Oamenii se întâlneau în cafenele, uneori în săli special construite pentru acest scop, sau în cercul familial, în special joi seara, căci în Orient vinerea este zi de sărbătoare. Unele povestiri erau spuse, altele erau cântate sau interpretate dramatic, implicând astfel empatia spectatorilor, care adesea râdeau sau plângeau în mod spontan. Aceasta era, după câte știu eu, singura manifestare publică la care puteau lua parte împreună bărbați și femei, acestea din urmă desigur acoperite cu multe voaluri.

Dacă nu vrem să considerăm poveștile numai mijloc de distracție sau de educație — în sens negativ: mijloc de manipulare — atunci trebuie să ne întrebăm în mod serios care din conținuturile acestor povești trebuie transmise mai departe și de ce sunt valorizate tocmai acele conținuturi. Aceasta nu înseamnă decât că norme de comportament specifice devin astfel obiect al cercetării psihologice. La originea lor, poveștile erau instrumente ale pedagogiei și ale psihoterapiei populare, aflate în mare parte în aria de responsabilitate a religiilor. Astfel, erau transmise pe de o parte anumite norme psihosociale dezirabile, pe de altă parte erau indicate neînțelegerile și prezentate într-o formă simbolică.

Oricât de problematice ar putea părea aceste funcții normative, mitologiile pot îndeplini totuși o sarcină importantă: ele reproduc realitatea socială sau unele din aspectele ei, putând ajuta la înstrăinarea acestei realități sociale. Simpla transmitere neîntreruptă de norme psihosociale nu poate fi funcția poveștilor în cadrul analizei diferențiale, căci ele trebuie să contribuie în special la a privi cu ochi noi situații cunoscute, obișnuite. Ele pot avea rolul unei schimbări de perspectivă cvasiexperimentale, care ajută la recunoașterea unilateralităților trăite și netrăite din cauza cărora apar conflictele și neînțelegerile.

Mulți oameni se simt depășiți de situație atunci când sunt confruntați în mod abstract cu conținuturi psihoterapeutice. Pentru că psihoterapia nu este destinată oamenilor de specialitate, ci ea ar trebui să reprezinte un pod către nespecialiști, adică pacienții, ea are cu atât mai mult obligația de a fi inteligibilă. Mijloace care ajută la acest lucru sunt: paradigma, exemplul, descrierea verbală. Ele descriu într-o formă sau alta conflicte interioare, interumane sau doar sociale, și oferă modalități de rezolvare. Desprinsă de lumea experiențelor directe, paradigma mitologică ajută pacientul, atunci când este folosită cu un obiectiv clar, să se distanțeze de propriile sale conflicte. Povestea devine astfel o oglindă, care nu numai că reflectă, ci poate fi reflectată la rândul ei.

Omul nu gândește numai în concepte abstracte și teoretice. Înțelegerea propriilor probleme implică mai degrabă reprezentarea vizuală și fantezia. În acest proces este inclusă și o altă o funcție psihică, altfel puțin valorizată: intuiția. Pacientul se poate identifica, în dialogul cu terapeutul sau în situația terapeutică de grup, cu conținuturile poveștilor; el poate dezvolta atât proiecții, cât și rezistențe. Aceste reacții devin la rândul lor obiecte ale demersului terapeutic. Conform experienței mele, poveștile și fabulele contribuie în mod favorabil la înțelegere. Enunțul lor plastic facilitează identificarea și favorizează apropierea de Eu a conținuturilor prezentate.

O pacientă în vârstă de 42 de ani, mamă a trei copii, care a început tratamentul psihoterapeutic din cauza unor depresii profunde, a asociat poveștii „Drumul cel lung" propria ei problematică, pe care a scris-o pe hârtie și a adus-o în această formă la următoarea ședință psihoterapeutică:

„Eliberarea pas cu pas"

Drumețul care mergea pe strada aparent interminabilă eram eu, împovărată cu multe greutăți: în sacul plin cu nisip atârnau egoismul meu, respectul de sine bine tulburat și lipsa mea de iubire extraordinar de bine camuflată. La brâul meu se afla un burduf de apă ticsit cu așteptări sexuale neîmplinite, cu nevoi nerealizate, amestecate convenabil cu o pasivitate otră-

vitoare. În mâna dreaptă țineam piatra diformă a nesincerității și în cea stângă bolovanul impolitețiii, bine separate între ele și ținute la distanță una de cealaltă pentru ca nu cumva să apară pericolul unei uniuni a acestor două aspecte. În jurul gâtului meu se legăna prinsă pe o sfoară tocită o veche piatră de moară, ca simbol pentru violenta îngustare prin care m-am străduit foarte mult să le limitez oamenilor din jurul meu libertatea. Lanțurile grele și ruginite de la picioarele mele reprezentau lăcomia după bani și succes. Dovleacul balansat de pe capul meu scotea la lumină tensiunile mele bine cultivate care până la urmă au dat naștere la disperare și la depresie. Cu adevărat gemând și oftând mă mișcam pas cu pas înainte (sau înapoi), bine acoperită cu voalul unei autocompătimiri bolnăvicioase și ușor legănată de nevrozele mele bine hrănite, blestemându-mi soarta și oboseala…

Poveștile au o importanță deosebită și pentru situațiile terapeutice de grup, în care oferă în primul rând posibilitatea unei implicări comune. Poveștile duc, într-o serie de cazuri, la o trăire vizibilă de tipul „aha“: mecanisme de interacțiune, care până atunci se desfășuraseră la nivel inconștient, ajung prin intermediul paradigmei în conștiință. Pacienții reacționează de obicei bine la astfel de povești. În acest context, aș dori să prezint un experiment pe care eu îl consider deosebit de concludent: am condus într-o clinică psihiatrică un grup psihoterapeutic amestecat, din care făceau parte pacienți schizofrenici, depresivi și cu tulburări nevrotice precum maniile. Am pornit de la povești mitologice orientate tematic, care s-au dovedit a fi punctul optimal de pornire. Chiar și pacienții greu abordabili au colaborat uimitor de bine.

Poveștile drept contraconcepte

Pacienții își vând cu greu conceptele de bază și mitologiile individuale. Căci până la urmă ele sunt cele care îi ajută să își accepte conflictele. Precum unui individ, care nu știe să înoate, îi va fi frică să se desprindă de colacul de salvare, pentru a urca într-o barcă, și pacientului îi este frică să renunțe la metodele lui de autoajutorare, chiar dacă ele sunt cele care l-au condus în cercul vicios al conflictelor. Aceasta este valabil mai ales atunci când pacientul nu este sigur dacă terapeutul îi va oferi cu adevărat ceva la fel de bun sau ceva mai bun. Se dezvoltă rezistențe și mecanisme de apărare, care pot împiedica pe de o parte demersul terapeutic, pe de altă parte însă pot constitui, dacă sunt suficient de clar recunoscute, un început bun al terapiei.

Rezistențele se pot manifesta în multe feluri. Pacientul își poate utiliza tăcerea ca mijloc pentru a evita teme neplăcute lui. El poate schimba subiectul; îl poate minți pe terapeut, pentru a-l pune pe o pistă falsă. De asemenea, el se poate apăra de terapie și de limitele sale exterioare printr-o serie variată de tipuri de comportament: să întârzie, să absenteze de la ședințele psihoterapeutice, să pună la îndoială psihoterapia, cu pretextul că ar fi prea scumpă, că ar necesita prea mult timp etc. Pacientul se opune regulilor demersului terapeutic și își apără propriul stil de comportament, oricât de afectat de conflicte ar fi acesta. De altfel, este dreptul lui să se apere împotriva intervenției psihoterapeutice. Chiar și când consideră psihoterapia o metodă potrivită pentru el, va fi confruntat cu atât de multe elemente străine și înfricoșătoare aflate chiar în propria-i persoană, încât nu va putea renunța uneori la o autoapărare, cu care își apără în același timp și conceptul nevrotic.

Rezistențele pacienților sunt așadar neînțelegeri vizavi de terapeut și de situația psihoterapeutică. Astfel, apar aici din nou acele tulburări de comunicare responsabile și înainte într-o formă oarecare pentru apariția conflictului. Psihoterapia devine, prin rezistențele aduse de către pacient, o situație model pentru comportamentul conflictual al pacientului și al terapeutului.

Astfel de tipuri de comportament și atitudini nu se limitează numai la situația psihoterapiei; ele își au premisa în atitudinile, în stilurile de comportament învățate și în mecanismele prelucrării conflictelor. Din punct de vedere al conținutului, la baza lor se află capacitățile actuale și mediile capacităților de bază, care sunt introduse pe această cale în psihoterapie. Cu alte cuvinte, pacientul oferă, prin comportamentul și atitudinile manifestate față de psihoterapie, mostre de comportament care pot fi folosite terapeutic. În acest sens, rezistențele față de psihoterapie sunt chiar dezirabile. A exclude un pacient din psihoterapie din cauza rezistențelor sale înseamnă până la urmă a-l respinge din cauza bolii sale.

Rezistențele emoționale și mecanismele de apărare nu sunt numai o caracteristică a economiei de personalitate, ci ele apar într-o măsură esențială în mod secundar din forma relației terapeut-pacient. Noi nu putem pleca de la premisa unei motivații pozitive suficiente pentru întregul tratament psihoterapeutic, ci trebuie să o sprijinim continuu și să o stimulăm, în loc de a-l speria pe pacient. Pentru terapeut sunt mai măgulitoare, dar nu mai puțin problematice, acele rezistențe care se manifestă prin idealizarea terapeutului și transformarea sa într-un Dumnezeu atotputernic și într-un vindecător binevoitor, făcându-l pe pacient să renunțe complet la legăturile sale sociale aflate în afara situației psihoterapeutice. Astfel de rezistențe pot fi rezolvate bine din punct de vedere teoretic. Însă pentru pacient, această sarcină nu este tocmai ușoară. *Atacul frontal* efectuat asupra neînțelegerilor, rezistențelor și mecanismelor de apărare provoacă o

apărare la fel de frontală, asta în cazul în care pacientul nu s-a supus deja într-atât regulilor terapiei încât să fi renunțat deja la apărare. În astfel de cazuri, în spatele supunerii aparente se ascunde nu arareori „un perete din cauciuc". Pacientul asimilează, își bucură terapeutul prin recunoștința sa, contrează însă la momentul nepotrivit spunând că se simte înțeles, dar că terapia nu face acele progrese pe care el și le-a închipuit. Terapia, atâta timp cât nu este orientată spre conținut, devine cu ușurință un câmp al umbrelor: bine conturată intelectual, fără implicare emoțională.

Chibzuința ca rezistență

Un pacient în vârstă de 42 de ani a început să se comporte din ce în ce mai defensiv în timpul psihoterapiei. Nu a mai venit la toate ședințele, însă nici nu a renunțat definitiv la terapie din cauza durerilor care îl chinuiau. În cazul lui, era vorba de atacuri de panică și de depresii. În baza alcătuirii inventarului analitico-diferențial, a putut fi stabilit că el era foarte chibzuit în relația cu banii, că renunța chiar la anumite servicii atunci când trebuia să plătească pentru ele și că nu invita la el pe nimeni, pentru că „musafirii sunt mult prea scumpi și nu îți aduc nici un avantaj". În legătură cu rezistența sa față de psihoterapie, el dădea următoarea explicație: „Am avut așa multe pe cap încât am și uitat de ședința terapeutică".

În momentul în care a venit vorba de spiritul său de economie, a început să clocotească, spunând: „De mult mă enervează acest lucru. Plătesc mai mult pentru psihoterapie decât pentru medicul meu de familie. De opt ani mă aflu la el în tratament. Nu îmi pot permite să cheltuiesc atât de mulți bani pentru psihoterapie…" Pacientul a făcut un lucru foarte important pentru psihoterapie: el a vorbit despre ceea ce îl deranja.

Argumentele sale au părut la prima vedere atât de puternice, încât te-ai fi putut gândi că ar fi fost mai potrivită întreruperea terapiei. Pe de altă parte, nu chestiunea financiară era nucleul argumentației sale. Pacientul avea suficient de mulți bani; altfel, s-ar fi creat posibilități de a diminua tariful. Critica sa apăru însă ea însăși ca un simptom îndreptat atât către psihoterapie, cât și către conflict; valorizarea chibzuinței și a cheltuielilor financiare au determinat în sine un conflict de bază care a condus la nesiguranță existențială și la izolare socială. A depins numai de împrejurări ca rezistența referitoare la capacitatea actuală chibzuință să fie exprimată în mod deschis. Această rezistență a devenit apoi tema actuală a ședinței. Pacientul a repetat în mod stereotip critica sa și nu a părut într-o primă fază pregătit să facă vreun progres. Normele sale privitoare la chibzuință îl țineau atât de prizonier, încât el nu mai era în stare să își pună întrebări în legătură cu ele. Pacientul e reușit să iasă din acest drum înfundat cu ajutorul unei povești

persane, care i-a prilejuit o identificare temporară, dar care în același timp i-a lăsat suficient de mult spațiu pentru a se gândi la propria sa situație.

Chibzuința cea scumpă

Un om se afla în fața judecătorului, fiind acuzat de corupție. Toate faptele dovedeau vinovăția sa, de aceea judecătorului nu îi rămânea decât să pronunțe verdictul. Judecătorul era un om înțelegător. El îi propuse acuzatului trei variante din care el putea să își aleagă pedeapsa. Acuzatul trebuia fie să plătească o sută de tumani (monedă iraniană), să primească cincizeci de lovituri de baston sau să mănânce cinci kilograme de ceapă. „Nu va fi totuși prea dificil", se gândi condamnatul și mușcă deja din prima ceapă. După ce mâncă abia trei sferturi dintr-un pfund de ceapă, începu să i se facă rău numai la vederea acestor legume ale câmpului. Râuri de lacrimi îi curgeau pe obraji în jos. „Înaltă justiție", bocea el, „renunț la ceapă, prefer să iau asupra mea loviturile". El se gândea astfel că va putea să își păstreze banii, fiind cunoscut de toți din cauza zgârceniei sale. Aprodul îl dezbrăcă și îl întinse pe bancă. Numai înfățișarea severă a aprodului și nuiaua cea flexibilă îl și făcură să tremure. Cu fiecare lovitură pe spate striga din ce în ce mai tare, până ajunse la cea de-a zecea lovitură, când începu să se vaite și spuse: „Te rog ai milă de mine și scutește-mă de lovituri". Judecătorul dădu din cap. Atunci acuzatul, care de fapt dorea numai să își păstreze banii și să nu fie lovit, dar care până la urmă primi toate cele trei pedepse, îl imploră pe judecător: „Permiteți-mi să plătesc mai bine acea sută de tumani."

Pacientul tăcu o vreme și se gândi concentrat: „Cred că într-adevăr povestea mi se potrivește și mie. Cât nu am cheltuit și eu până acum pentru sănătatea mea: cure, medicamente speciale, cărți de sănătate etc. Acum am început terapia și am cu adevărat încredere și sentimentul că mă înțelegeți și că psihoterapia îmi este de ajutor. Acum vreau dintr-o dată să fac și aici economie. Acum îmi dau seama că am renunțat de mai multe ori la oportunități reale din cauza stupidului meu spirit de economie și că până la urmă a trebuit să plătesc chiar în plus". Din acel moment a devenit posibil accesul la capacitatea actuală încărcată conflictual — chibzuința.

Timpul ca rezistență

Rezistențele se pot referi la „chibzuință", dar în aceeași măsură și la faptul că pacientul nu mai are brusc timp pentru psihoterapie. Această rezistență poate avea la bază faptul că, într-adevăr, pacientul are în orarul său puține posibilități pentru psihoterapie, pe care o pune pe un plan secund comparativ cu alte activități care îl interesează. Ar putea fi concluzionată aici o lipsă a motivației, dar această concluzie se do-

vedește uneori a fi una eronată. Luând această decizie, pacientul face o evaluare care are anumite premise, și care în primul rând trebuie analizată. Orarul ar putea să ofere certitudinea faptului că pacientul are într-adevăr timp sau că nu îl are și de ce acordă el întâietate altor activități. Lipsa timpului poate constitui o formă de rezistență în fața psihoterapiei și, în același timp, o raționalizare pentru sine și pentru psihoterapeut. Psihoterapia este resimțită ca fiind periculoasă, astfel încât continuarea ei nu este dorită. Și acest motiv are semnificațiile sale ascunse, care în cele mai multe cazuri nu îi sunt accesibile pacientului. El poartă cu sine lipsa de timp ca pe un scut de apărare.

„Nu am timp“

Un pacient care suferea de probleme cardiace serioase, de tulburări funcțional vegetative și de atacuri de panică, pretextă după primul interviu terapeutic că nu are timp pentru psihoterapie. O amânare a terapiei ar fi condus cu mare probabilitate la o agravare a tulburărilor sale. Nici această argumentație nu reușea să îl convingă pe pacient. În situația în care se afla, el considera capacitatea actuală „timp“ mai importantă decât continuarea terapiei. Totuși, uimitor era că, în ciuda aparentei sale lipse de timp, pacientul era nevoit să acorde mult timp simptomelor sale, atunci când acestea apăreau. Stătea atunci chiar și mai multe zile întins în pat. Conceptul după care se ghida acest pacient orientat pe performanță era: „Timpul înseamnă bani“. În fața acestui concept, eu i l-am opus *pe cel al lui Lichtenberg: „Oamenii care nu au niciodată timp fac cel mai puțin“.*

Un proverb a luat aici locul poveștii orientale. Pacientul a înțeles imediat acest concept complementar. Rezistența a fost distrusă. Dacă el respinsese înainte în mod consecvent orice încercare de comunicare, acum începu singur să vorbească despre problemele sale, centrate pe capacitățile actuale „performanță și timp“. Terapia a fost continuată, putând fi încheiată cu succes după o scurtă perioadă de timp.

Pacient – Poveste – Terapeut

Nevoilor pacientului îi corespund în multe cazuri, mai degrabă decât analiza verbal-intelectuală, tabloul verbal, povestea și simbolul, care îi permit o identificare temporară. Atmosfera nu este aridă, abstractă, cu o mare prăpastie între terapeut și pacient, ci în principiu mai degrabă relaxată, prietenoasă și partenerială. Terapetul nu interpretează, în sensul unei teorii preexistente, prin intermediul poveștii, ci el îi oferă pacientului un concept complementar sau un contraconcept, pe care el îl poate accepta sau respinge. Identificarea nu este stabilită de la bun început; pacientul poate înțelege povestea în felul său și se poate reflecta în ea în felul său personal. Confruntarea terapeut-pacient este relaxată tocmai pentru că între aceste două fronturi intervine *povestea* (cu funcție mediatoare). Nu pacientul este cel care se află în prim-plan, ci eroul poveștii. Astfel, relația terapeutică se desfășoară pe coordonatele: Pacient – Poveste – Terapeut. Povestea capătă dimensiunea unui filtru care pentru pacient reprezintă un mijloc de apărare, astfel încât el să poată, cel puțin temporar, să se debaraseze de propriile sale mecanisme de apărare nevrotice. Prin enunțurile și interpretările sale privitoare la poveste, el oferă informații pe care, fără medierea poveștii, i-ar fi fost foarte greu să le comunice și care ar fi costat foarte mult timp și răbdare într-o terapie tradițională. Terapeutul mediază, în contextul poveștii, informațiile necesare și pe cele care ajută la înțelegere.

Acest proces posedă o gamă extinsă de aplicabilitate și nu este limitat la o singură interpretare a terapeutului. Povestea ca mediator devine acolo un instrument important, conflictele implicate fiind prea puternice pentru a putea fi abordate direct. Este valabil în special în cazul pacienților sensibili și al celor care au învățat să țină problemele în ei înșiși și să tacă chiar și atunci când este cu adevărat necesară să vorbească. Acești pacienți „neproductivi“ au nevoie de ajutor pentru a-și putea verbaliza problemele. Un astfel de ajutor îl oferă poveștile: pacientul care a învățat să tacă în legătură cu problemele sale se poate exprima prin intermediul întâmplărilor descrise plastic în poveste.

Mediul poveștii se adresează imaginației plastice a pacientului, mijlocește vizualizarea și implicarea emoțională dozată. Conținuturile vizualizate se pot menține mai bine și pot fi mai ușor actualizate în alte situații. Cu alte cuvinte, pacientul nu rămâne cu povestea doar în contextul terapeutic, ci și în cel din afara acestui cadru, fie că apar situații de viață asemănătoare care provoacă o asociere cu povestea, fie că există necesitatea meditării asupra chestiunilor aflate în spatele poveștii. Atunci când condițiile se schimbă, pacientul poate interpreta povestea în mod diferit; el extinde astfel înțelegerea inițială a poveștii și actualizează alte concepte care îl ajută să își diferențieze propria mitologie. Povestea are deci *efect de depozitare*, adică ea are efect în continuare și îl face pe pacient mai indenpedent în relația cu terapeutul.

„Copilul meu trebuie să reușească ceea ce eu nu am reușit“

O mamă a trei copii, în vârstă de 38 de ani, veni la terapie cu băiatul său cel mai mare. Motivul era constituit de performanțele școlare slabe ale băiatului (12 ani). Deja de la primul interviu, mama se dovedi a fi deosebit de ambițioasă, în timp ce băiatul părea resemnat. Mama însăși își dorise în tinerețe să dea bacalaureatul și să studieze. Însă părinții ei fuseseră împotrivă. Acum ea dorea să le ofere copiilor ei șansa pe care ea nu o putuse ex-

ploata la vremea ei. Toate afirmațiile ei indicau un transfer al propriei ei motivații legate de performanță asupra băiatului, care se simțea suprasolicitat. Pentru că nu fusese stabilită o psihoterapie, ci o ședință de consiliere, i-am spus pacientei următoarea poveste, care în contextul dat indica mecanismul de proiecție și identificare, fără de care în mamă ar fi fost trezite sentimente de culpabilitate:

Negustorul și papagalul

Un negustor oriental avea un papagal. Într-una din zile, pasărea răsturnă o sticlă cu ulei. Negustorul se enervă și îl lovi cu putere în cap pe papagal. Din acel moment, papagalul, care înainte se dovedise a fi foarte inteligent, nu mai putu să vorbească deloc. Îi căzură penele de pe cap și în scurt timp deveni chel.

Într-una din zile, pe când se afla pe dulap în magazinul stăpânului său, în magazin intră un client chel. La vederea acestuia, papagalul deveni extrem de agitat. Începu să dea din aripi în toate părțile, să croncăne și, spre uimirea tuturor, putu din nou să vorbească: „Și tu ai răsturnat sticla cu ulei și ai fost lovit în cap, de aceea nici tu nu mai ai păr?" (După J. Rumi)

Poveștile îndeplinesc o *funcție de model*. Ele redau situații conflictuale și oferă posibilități de rezolvare, respectiv indică asupra consecințelor fiecăreia din soluții. Ele susțin astfel învățarea prin modele. Acest model nu este însă rigid și stabilit de la bun început. Depinde de nevoile și de posibilitățile pacientului care aspecte ale acestui model vor putea fi realizate.

Mediul poveștii nu mediază numai relația dintre terapeut și pacient, ci poate clarifica și relația pacientului cu persoanele sale de referință. Astfel, este transmisă mai departe funcția terapeutică a poveștii, putând fi comunicate în cadrul familiei informații și apeluri inteligibile pentru ceilalți, fără ca imediat să apară analiza laică și o atmosferă de dezvelire sufletească. Atunci când cineva povestește altora o poveste, care reflectă propriile sale probleme, poate fi stabilit în baza reacțiilor celorlalți cât de mult sunt și ei afectați de aceeași problemă. Povestea testează astfel, într-o anumită măsură, încrederea și competența partenerului. Așa poate fi evitat și câmpul de luptă neîndurător al analizei laice, care de obicei se ascunde în spatele conceptelor psihologice. Te poți detensiona fără a te descoperi.

Funcția de filtru a poveștilor este deosebit de importantă pentru relația de cuplu și pentru educație. Prin intermediul ei îi pot fi comunicate partenerului, într-o formă care îl menajează, anumite informații la care el ar reacționa altfel într-o manieră agresivă; pe de altă parte, ai astfel posibilitatea de a te putea manifesta și printr-o altă formă de comunicare decât cea obișnuită. Comunicarea se poate desfășura într-o manieră mai liberă.

Aceste funcții au un fundal istoric: unui rege nu i se putea spune pur și simplu adevărul (sinceritate), ci trebuiau găsite forme care să îi facă adevărul acceptabil sensibilului conducător (politețe). Astfel de forme erau poveștile. Transpus în situația relației de cuplu: mulți din partenerii noștri, și cu certitudine fiecare pacient, sunt cel puțin la fel de sensibili ca acel bătrân conducător feudal. Partenerii noștri pot reacționa la sinceritate prin retragerea iubirii, prin răzbunare (dreptate) sau se pot arăta atât de afectați, încât noi să regretăm faptul că le-am spus sincer și deschis ceea ce am gândit. Mitologiile vin aici în ajutor: ele ating ceea ce e de atins, însă lasă suficient spațiu cât să poți râde de ele și astfel de tine însuți. Relevanța lor constă mai ales în faptul că ele se adresează unui mediu al cunoașterii, care nu este recunoscut de către adulți și adesea nici de către copii: intuiția. Ea este considerată puțin importantă în societatea industrială și este, în măsura în care este recunoscută, subordonată rațiunii. Tocmai acestei capacități i se adresează poveștile. Ele stimulează ludicul, imaginația neforțată și fantezia, care nu pot fi controlate direct de către realitate, ci mai degrabă de către realitatea fantastică a poveștilor. Prin intuiție este scoasă la iveală pe de o parte o capacitate care pentru mulți există doar în umbră, pe de altă parte însă prin intermediul ei este implicată fantezia, asupra căreia unii pacienți au pierdut controlul:

„Azi așa — mâine așa"

Unei paciente în vârstă de 64 de ani, care intrase în terapie din cauza unei reacții exagerate de tristețe, i-a fost aplicată, conform tratamentului în cinci trepte, o „extindere a obiectivelor". Până la moartea mamei, ea nu trăise decât pentru aceasta, nepărăsind în ultimii ani casa decât pentru cumpărături și pentru plimbări împreună cu mama sa. După moartea mamei, viața i s-a părut a fi goală și fără sens. De-a lungul terapiei, ea a accentuat de mai multe ori faptul că i-ar fi plăcut foarte mult să călătorească, dar că a fost nevoită să renunțe la această dorință din cauza mamei. Prin extinderea obiectivelor, pacienta a început să își concretizeze această dorință de a călători. Ea a întrerupt terapia și mă informă după mai multe săptămâni că în acest timp fusese deja în cinci călătorii, planificând și altele în continuare. Se instală o evadare în activitate. Dar discutarea directă despre această reacție de fugă ar fi descurajat-o pe pacientă, care era în mod vizibil foarte mândră de independența ei în sfârșit atinsă. I-am spus așadar povestea legată de *„Exagerare":*

Mulah, predicatorul, se duse cu soția sa la plimbare prin oraș. Era primăvară, și, în dispoziția sa de îndrăgostit, el își strângea soția cu multă putere în brațe, îi

atingea cu tandrețe fundul cel gras și o ciupea de șolduri. Femeia se înroși atunci când observă cum ceilalți întorceau capul după ei. Când el începu să își gâdile soția, ea se enervă și țipă la el: „Nu mă mai atinge continuu, lasă-mă odată în pace!" „Gata, am înțeles", spuse mulah, soțul ei, „Am plecat". Se îndepărtă cu pași grăbiți și după ce merse el așa peste cinci mile, îi trimise soției lui un sol cu următorul mesaj: „Acum sunt la cinci mile depărtare de tine. Adică destul de departe, încât să nu te mai pot atinge. Spune-mi te rog dacă e suficient, altfel merg și mai departe!" (Poveste persană)

Rezumat: Narațiunile mitologice pot servi drept vehicul terapeutic cu obiectivul de a reflecta atitudini și domenii de comportament problematice, de a stimula asocierile și de a provoca un dialog despre domeniile conflictuale, care altfel ar rămâne excluse de la verbalizare din cauza acțiunii mecanismelor de apărare. Poveștile sunt ajutoare pedagogice în psihoterapie, uneori chiar și pentru terapeutul însuși.

Poveștile, miturile, parabolele, contraconceptele și conceptele complementare nu reprezintă terapia însăși, ci catalizatori ai ei: ele ajută la controlarea demersului terapeutic și, folosite corect, la accelerarea sa. Miturile și conceptele servesc într-o primă fază drept adresare și sunt potrivite pentru situațiile în care este pus în pericol să zicem contactul, din cauza rezistențelor. Ulterior pot fi găsite în ele conținuturi care să devină accesibile în plan vizual, înainte de toate la nivelul intuiției, al fanteziei și al tradiției. Această orientare către conținut ajută, printre altele, și la împiedicarea alunecării în jos, de exemplu în depresie și în resemnare, un pericol care amenință toate formele de terapie în care sunt tratate și astfel întărite numai simptomele și formele lor de manifestare în mediul înconjurător. Poveștile și conceptele includ o parte programatică cu efect de depozitare: pacientul și le poate aduce în memorie independent de prezența terapeutului și le poate verifica oricând semnificația raportată la situația sa momentană.

2. Neînțelegeri

Profetul și lingurile cele lungi

Un dreptcredincios veni la profetul Elias. Pe el îl preocupa chestiunea legată de iad și rai, căci dorea să își structureze viața în funcție de această întrebare. „Unde este iadul, unde este raiul?" Cu aceste cuvinte, el se apropie de profet, dar Elias nu îi răspunse. El îl luă pe curios de mână și îl conduse pe străduțe întunecate până ce ajunseră la un palat. Acolo intrară printr-un portal de fier într-o sală mare, unde se înghesuiau mulți oameni, săraci și bogați, îmbrăcați

în zdrențe sau acoperiți de pietre prețioase. În mijlocul sălii, se afla pe foc o oală mare plină cu supă care clocotea, care în Orient se numește ceaun. Oala răspândea un miros plăcut în cameră. În jurul oalei se împingeau oameni cu fețe scofâlcite și ochi înfundați în orbite, care încercau să își asigure fiecare o porție din supă. Însoțitorul profetului Elias fu uimit, căci lingurile pe care acești oameni le foloseau erau cât ei de mari. Lingura avea numai la coadă o parte făcută din lemn. Restul ei, a cărei mărime ar fi putut sătura un om, era din fier și, din cauza supei, foarte fierbinte. Înfometații amestecau lacom cu lingurile prin oală. Fiecare își voia porția sa, dar nici unul nu o primea. Cu mult efort reușiră să scoată lingura plină din oală, dar pentru că aceasta era prea lungă, nici cel mai puternic dintre ei nu reuși să o bage în gură. Cei mult prea îndrăzneți își arseră brațele și fața sau vărsară, în lăcomia lor, supa în capul vecinilor. Înjurând, începură să se certe rău unii cu ceilalți și să se lovească cu aceleași linguri cu ajutorul cărora ar fi putut să își potolească foamea. Profetul Elias îl prinse pe însoțitorul său de braț și spuse: „Acesta este iadul!"

Părăsiră sala și în curând nu mai auziră țipetele din iad. După o lungă plimbare prin ganguri întunecate, păși într-o altă sală. Și aici se aflau mulți oameni. În mijlocul sălii trona din nou o oală cu supă. Fiecare din cei prezenți avea o lingură imensă în mână, de felul celor pe care Elias și însoțitorul său le văzuseră deja în iad. Dar oamenii erau aici bine hrăniți, iar în sală nu se putea auzi decât un murmur liniștit, mulțumit și zgomotul lingurilor care se cufundau în oală. Oamenii erau grupați doi câte doi. Unul cufunda lingura în oală și îl hrănea pe celălalt. Dacă lingura devenea prea grea pentru a fi ținută de un singur om, veneau să îl ajute alți doi cu tacâmurile lor, astfel încât fiecare putea să mănânce în liniște. Când primul era sătul, următorul îi lua locul. Profetul Elias îi spuse însoțitorului său: „Acesta este raiul". (Poveste orientală)

Această poveste își are adevărul său în viață, chiar dacă a fost transmisă prin viu grai de-a lungul a mai multor mii de ani. Ea se regăsește principial în situații precum: greutățile care apar într-o familie, disputele dintre tată și mamă, certurile dintre copii și agresivitatea din relația părinților față de copii; atunci când observăm lupta unui om cu mediul său înconjurător și confruntările dintre grupuri și popoare. „Iadul" înseamnă a trăi unii lângă ceilalți și unii împotriva celorlalți; fiecare numai pentru sine și împotriva celorlalți. „Raiul", dimpotrivă, se bazează pe disponibilitatea de a construi relații pozitive cu celălalt. Ambele categorii de oameni — și cei din rai, precum cei din iad — au aceleași probleme sau probleme asemănătoare. Depinde de felul în care încearcă să își rezolve aceste probleme dacă ajung să trăiască în rai sau în iad.

Raiul și iadul sunt în noi. Avem posibilitatea de a alege. Cât de mare este această libertate de alegere depinde într-o mare parte de experien-

țele noastre, de felul în care am învățat să ne rezolvăm problemele și de disponibilitatea noastră de a ne folosi de propria experiență.

Relațiile și interacțiunile interumane nu se desfășoară numai ca schimb de informații obiective. Mai degrabă noi scoatem la lumină, prin ceea ce spunem, așteptări, experiențe anterioare și atitudini care dau un accent propriu enunțurilor și înțelegerii noastre. La fel cum acordăm informațiilor propriile noastre interpretări, tot la fel dobândesc și modurile de comportament ale partenerilor noștri un caracter subiectiv. Aceasta duce la faptul că noi nu vrem de fapt să spunem ceea ce spunem și că nu ne înțelegem partenerul așa cum el dorește să fie înțeles. Noi denumim această situație neînțelegere. Neînțelegerile maschează enunțurile noastre, comportamentul nostru și nevoile noastre, devenind astfel potențiale conflictuale.

Funcția pe care se bazează neînțelegerile este deosebirea. Totuși, noi nu deosebim cu toții în același fel. Așa se întâmplă ca părerile a doi oameni legate de un același subiect să nu poată fi suprapuse, fiecare venind cu propriile sale conținuturi și evaluări care nu îi sunt direct accesibile și partenerului său. Aceste neînțelegeri pot fi întâlnite chiar și în cele mai simple trăiri legate de simțuri. Termometrul cu mercur arată caracteristici fizice legate de temperatură. Ceea ce însă este resimțit ca fierbinte sau rece este, dimpotrivă, o percepție subiectivă subordonată anumitor oscilații. Chiar și în cazul în care temperatura corpului tuturor oamenilor și astfel mărimea fiziologică de referință pentru perceperea temperaturii se aseamănă, noi evaluăm adesea în mod diferit temperatura, în funcție de reprezentările pe care le avem vizavi de căldură și frig, de cum funcționează regularizarea căldurii în corpul nostru și de ce mărimi de referință ale temperaturii am învățat.

Ceea ce se prezintă aici printr-un exemplu simplu poate fi regăsit în toate domeniile comportamentului și trăirilor umane. Noi toți dispunem de un număr mare de scheme de evaluare, după care ordonăm un eveniment ca fiind bun sau rău, plăcut sau neplăcut, pozitiv sau negativ. Percepția socială este organizată și împărțită în mare parte cu ajutorul unor astfel de evaluări. Numai că noi nu suntem singurii care evaluăm și posedăm rigle de măsură, și nici nu putem să deținem monopolul absolut asupra lor. Mai degrabă noi ne aflăm într-o relație psihosocială continuă cu alți oameni, cu noi înșine și cu mediul nostru ecologic. Fiecare din partenerii noștri dispune de propriul său sistem de valori. Confruntarea noastră cu mediul înconjurător presupune o apropiere a conceptelor noastre față de faptele fizice, biologice, sociale și transcendente existente. În această întâlnire, anumite deosebiri se dovedesc a fi unilaterale și astfel încărcate conflictual. Pentru că ele sunt favorizate, în anumite condiții sunt ocolite propriile nevoi, nevoile partenerului, situația socială sau problema ce necesită o rezolvare. Ele devin astfel neînțelegeri:

> Există nenumărate exemple: te căsătorești pentru a pleca de acasă; îți alegi un anumit partener numai pentru că arată bine; îți alegi o anumită meserie care nu îți place deloc, dar care îți aduce mulți bani; îți alegi acea religie sau viziune asupra lumii care se află în conformitate cu nevoile infantile existente.

În toate aceste exemple este încorporat un fitil, care ia foc atunci când așteptările sunt dezamăgite sau când se schimbă nevoile. Aceste neînțelegeri sunt mai mult decât neînțelegerile actuale, așa cum pot ele apărea într-o interacțiune; ele se raportează la întregul plan de viață. Următoarele neînțelegeri sunt valabile pentru ambele aspecte, deci și pentru neînțelegerile actuale și pentru cele de bază. Judecățile de valoare, atitudinile, așteptările și sistemele de referință pe care le dezvoltă un individ reprezintă propriul său concept prin care se raportează la realitatea sa. Oricât de unilateral și de deformat ar putea fi acest concept, el este atribuit în mod involuntar propriei personalități, considerat de neschimbat, o consecință a sorții, fiind trecut cu vederea faptul că la baza sa se află o neînțelegere.

> *Dependentul de morfină*
> Un dependent de morfină, care a consumat suficient de mult timp această substanță, va deveni de-a lungul timpului atât de dependent de ea, încât o va considera necesară, crezând că nu poate trăi fără ea. Morfina devine astfel într-o anumită măsură parte din personalitatea lui, de care nu se poate desprinde pur și simplu. O dependență comparativă există la mulți pacienți vizavi de sistemele lor de valori. Ea merge atât de departe, încât unii din ei preferă să sufere, să își facă propria viață și pe cea a celor din jurul lor un calvar, decât să renunțe la conceptul unilateral, încărcat conflictual. Acest lucru arată că neînțelegerile depășesc cu mult în importanță neînțelegerile cognitive, care ar putea fi simplu corectate printr-un: „Acum am înțeles".

Pe lângă o parte cognitivă, conceptele și neînțelegerile referitoare la ele posedă o implicare socială, emoțională și somatică greu de apreciat, prin intermediul căreia neînțelegerea își manifestă pe deplin potențialul conflictual. Aceste fenomene trimit înapoi la „microtraumele" care s-au înmulțit de-a lungul evoluției individuale și colective și care duc

la apariția unor anumite puncte sensibile în personalitatea individuală, dar și în conștiința grupului său.

Ceea ce noi înțelegem prin termenul de „neînțelegere“ se referă la forme de gândire, schematizări și atitudini care influențează într-o mare măsură atât comportamentul nostru social, cât și comportamentul nostru față de noi înșine. În calitatea lor de forme ale gândirii, ele ne ajută în primul rând să ne organizăm observațiile. Ele ne oferă rigle de măsurare cu care evaluăm și după care ne putem orienta.

Aceste forme de gândire îndeplinesc o funcție importantă din punct de vedere psihologic. Ele au rolul de a ne apăra pe noi de trăiri neplăcute. Acest lucru se întâmplă prin implicarea într-o anumită măsură automată a unor mecanisme evaluative, care minimalizează trăirile periculoase și neplăcute, mutând centrul de greutate asupra altora. Astfel, ele servesc drept mecanisme de apărare.

Conform experienței mele psihoterapeutice, se confirmă mereu părerea conform căreia cea mai mare parte a tulburărilor psihice, psihosociale și psihosomatice are la bază neînțelegeri. Acest lucru înseamnă că evenimentele obiective acționează mai puțin patogen decât evaluările lor subiective și deosebirile dintre partenerii sociali. Neînțelegerile schițate de către noi devin astfel situații-model pentru conflictele psihosociale și atitudinile conflictuale. Acestea pot apărea de partea pacientului, favorizând dezvoltarea tulburărilor sale; ele pot interveni însă și în terapie, unde pot avea efect sub formă de atitudini inconștiente ale terapeutului sau ca neînțelegeri psihoterapeutice. De aceea, obiectivul descrierii neînțelegerilor este acela de a sensibiliza în fața atitudinilor și a așteptărilor conflictuale. Ele se regăsesc în educație, adică acolo unde sunt mijlocite capacitățile actuale și mediile capacităților de bază, precum și în relațiile de cuplu și în comportamentul de grup. Aici ele se prezintă ca atitudini mai mult sau mai puțin stabile, care pot bloca înțelegerea reciprocă.

Neînțelegerile pot fi localizate prin următoarele întrebări:

Cum am învățat eu să urăsc? Cum se face că tocmai pe acest om nu pot să îl sufăr? De ce mă scoate din minți tocmai această trăsătură a soțului meu? De ce mă înnebunește comportamentul soției mele, dar îl pot accepta la altcineva? De ce m-am enervat așa de rău pe copilul meu? Cum se face că pot accepta azi un om pe care până mai ieri îl uram? Mi-am înțeles corect partenerul? M-am exprimat bine? De ce nu mă putea el înțelege cu adevărat? Cum s-a ajuns la neînțelegere? Îmi cade ceva în cap dacă recunosc o neînțelegere? Atunci când partenerul meu se străduiește să mă înțeleagă, voi fi și eu în stare să ma confesez lui? De ce văd eu anumite lucruri într-un fel, în timp ce un altul le vede total diferit?

În căutarea de răspunsuri la aceste întrebări legate de situații conflictuale concrete, ne lovim în mod inevitabil de neînțelegeri și astfel de potențiale conflictuale care își au originea în capacitățile actuale. Pe lângă această funcție generală a neînțelegerilor ca mecanisme de apărare și factori disturbatori, poate fi observată o funcție deosebită într-o relație de comunicare. Predilecția pentru anumite forme ale neînțelegerilor duce la un comportament problematic tipic, care poate avea la rândul lui drept consecință forme de prelucrare și simptome tipice. În acest sens, fiecare neînțelegere își are seria sa de tulburări și conflicte, care pot fi observate în contextul acestui comportament problematic. Invers, atunci când apar conflicte și tulburări, trebuie analizată posibilitatea neînțelegerilor.

Prima neînțelegere:
obiectivul educației și conținutul educației

S-ar putea naște copii gata
educați dacă părinții ar fi ei înșiși
educați

GOETHE

„Meseria chiar îmi face plăcere, dar nu am deloc relații cu alți oameni“ (avocat în vârstă de 42 de ani).

Educația nu înseamnă, așa cum poate fi deja constatat din denumirea termenului, numai „a-i băga pe gât“ copilului o purtare aleasă și cunoștințe. Ea înseamnă mai degrabă: sprijinirea și stimularea posibilităților și a capacităților existente într-un individ, în conformitate cu dezvoltarea sa. Un om nu are nevoie numai de informații pentru a se instrui (dezvoltarea capacităților secundare). Lui îi este necesară și o bază emoțională, pentru a putea suporta această instruire. În acest sens trebuie făcută diferența dintre instruire și formare, care sunt adesea confundate în conceptul educațional al părinților și al instituțiilor pedagogice. O educație conștientă nu reprezintă numai cunoașterea conținuturilor educaționale, ci conștientizarea obiectivului educațional: De ce, cu ce obiectiv și pentru cine îmi educ copilul? Pentru mine? Pentru sine? Pentru omenire?

Tulburări și conflicte: unilateralitate; subestimare; supraestimare; deznădejde; evadare în muncă; evadare în singurătate; evadare în boală.

Învață să deosebești între formare și perfecționare.

A doua neînțelegere: relativitatea valorilor

Există o diferență între cel care își strânge iubita în brațe și cel care îi așteaptă plin de dor sosirea.

SAADI

„Trebuie să fie ordine“

„Am învățat ca întotdeauna să fac lucrurile unul după celălalt. Toate trebuie să fie făcute pe rând. Întâi mă spăl pe dinți, apoi fac duș, apoi mă bărbieresc, mă îmbrac, mă așez la masă să iau micul dejun, beau două cești de cafea, citesc ziarul, și apoi mă duc la toaletă. Când îmi este tulburată această ordine, mă simt dat total peste cap. Devin constipat și pot să consider întreaga zi pierdută“ (economist, în vârstă de 35 de ani; compulsii și angoase).

Putem observa o tendință de a nu ne mulțumi cu ceea ce am acumulat prin propria noastră experiență, ci de a pretinde și de la ceilalți ca ea să ne fie împărtășită. Se creează astfel în general o absolutizare a propriului sistem de valori, pentru care fiecare solicită monopol absolut. Riglele diferite de măsurare depind de o serie de factori: vârstă, sex, experiențe personale, formare, clasă socială, tradiție familială, mediu social, perspectivă asupra lumii sau religioasă, opinie politică și dispoziție circumstanțială. Pot fi întâlnite aici tipuri diferite de măsurare: este măsurat ceva după valoarea lui materială, după raricitatea lui, după gradul de folosință, după prestigiul său, după valoarea lui abstractă sau după cea afectivă.

Din punctul de vedere al conținutului, toate capacitățile actuale și mediatorii pot lua caracter de unități de măsură. Diferitele scale de măsură sunt cele mai dese cauze ale neînțelegerilor sociale și ale conflictelor interumane. Deseobit de predispuși acestor conflicte sunt acei oameni care posedă concepte și unități de măsurare fixe, fiind confruntați cu alți oameni care se ghidează dupa alte modele valorice. Mai apar probleme și acolo unde sistemele de valori din cadrul relațiilor sociale sunt mereu în schimbare. De multe ori rămânem nedumeriți în fața diferitelor și schimbătoarelor valori și nu arareori nedumerirea noastră se transformă în angoase, agresivitate și imitare.

Tulburări și conflicte: intervenții; fixație; lipsă de flexibilitate; conflicte parteneriale; așteptări; dezamăgiri; angoasă; agresivitate; însingurare; evadare în muncă; deznădejde; blocarea gândirii și a voinței; nedumerire; nebunie; enervare; insulte; sentimentul de a nu se simți înțeles.

Învață să deosebești între valorile absolute și cele relative.

A treia neînțelegere: dimensiunea timpului și imaginea omului

Fiecare vârstă își are problemele ei, fiecare suflet dorul său deosebit.

BAHA'U'LLAH

„Nu mă mai descurc“

„Nu mai suport să stau aici. Înainte am locuit la țară. De când ne-am mutat la oraș, sunt nefericit și nemulțumit“ (angajat, în vârstă de 45 de ani, înainte mic întreprinzător, depresii). „Vreau să devin orice altceva în afară de un idiot de specialist. Îi și văd pe toți acești specialiști tâmpiți care nu știu nimic mai mult decât ceea ce au fost dresați să facă“ (studentă, în vârstă de 22 de ani).

Pretențiile și așteptările ridicate vizavi de individ și de societate sunt subordonate unei continue schimbări. Odată cu ele se modifică și sistemele de referință, riglele de măsură și normele de comportament corespunzătoare perioadei respective. Evoluția societății poate fi descrisă prin intermediul următoarelor modificări structurale: (a) creșterea populației, care necesită alte reguli de contact și forme adecvate ale relațiilor sociale; (b) urbanizarea, adică traiul în comun al oamenilor din aglomerările urbane, care intensifică pe de o parte relațiile sociale, pe de altă parte restricționează însă posibilitățile de dezvoltare; (c) diferențierea, care se bazează pe o evoluție tehnologică ascendentă și care necesită o specializare mai mare în diferite ramuri.

Schimbarea mediului înconjurător nu rămâne fără urme pentru societatea și oamenii care trăiesc în ea. Așteptările de rol pe care le au oamenii unii față de ceilalți și față de ei înșiși se schimbă odată cu nevoile, necesitățile și specificitățile structurale ale mediului. Dacă un om ar fi tratat în zilele noastre ca unul din comunitatea vânătorilor și culegătorilor de altădată, acesta ar fi expus unor conflicte inimaginabile, datorate unei deplasări a dimensiunii temporale.

Tulburări și conflicte: frica de schimbare; tendința de a menține o stare de obișnuință; lipsă de flexibilitate; tendințe de imitație; conflict generațional; dependența de părerile celorlalți; respingerea și reprimarea trecutului individual și colectiv; evadarea în lumi imaginare; frica de viitor.

Învață să împaci trecutul, prezentul și viitorul.

A patra neînțelegere: dezvoltare – fixație

> Laptele trebuie oferit în cantități corecte. El este cel care îl întărește pe sugar astfel încât acesta să fie în stare mai târziu de a digera mese mai consistente.
>
> BAHA'U'LLAH

„Suprasolicitare"

„Sunt mereu pe drumuri. Îmi duc copiii la balet, la gimnastică, la înot, la călărie, la lecții de flaut, la patinaj și la lecții de engleză. Copiii mei trebuie să primească tot. Nu trebuie să le lipsească nimic. Mi-e de neînțeles cum de ei nu sunt deosebit de interesați de toate aceste lucruri frumoase" (casnică, în vârstă de 37 de ani, mamă a doi copii; tulburări cardiace și neliniște interioară).

Capacitățile unui om înfloresc de-a lungul dezvoltării sale, cu condiția ca nevoile sale să fie satisfăcute în conformitate cu stadiul de dezvoltare în care se află într-un anumit moment. Educația, ca și relația de cuplu și psihoterapia, se află în fața problemei: fie se oferă prea puțin, fie prea mult dintr-o dată. Ceea ce este prea mult sau prea puțin poate fi măsurat prin stadiul dezvoltării. Fiecare om necesită timp pentru a se dezvolta. El are nevoie de timp pentru maturizarea fizică, pentru diferențierea psihică și pentru adaptarea la viața socială. Pe de altă parte, lui însuși i se cere să le acorde altora timp. O multitudine de tulburări existente în educație și în relația de cuplu fac trimitere la o asumare de roluri și la așteptări de rol inadecvate din punct de vedere temporal. Cauzele principale sunt supraîncărcarea, subîncărcarea și inconsecvența.

Tulburări și conflicte: supraîncărcare; subîncărcare; nerăbdare; oscilații între dorință și frică; așteptări exagerate; dezamăgiri; resemnare; dependență emoțională; dorința de a avea independență; problematica detașării.

Învață să îi oferi partenerului ceea ce are nevoie în treapta sa de dezvoltare.

A cincea neînțelegere: criza de identitate și dezvoltarea personalității

> Tinerii suferă mai puțin de pe urma propriilor lor greșeli decât de pe urma înțelepciunii bătrânilor.
>
> VAUVENARGUES

„Nu știu cine sunt!"

„Nu mai reușesc să o scot la capăt cu mine însumi. Pe de o parte trebuie să tocesc pentru școală. Pe de altă parte aș vrea să îi ofer tot timpul meu prietenei mele. Apoi mai sunt și părinții, care vor ca eu să rămân un copil mic în continuare. Și în cele din urmă și prietenii mei vor să fac cu ei o groază de chestii. Nu știu cui îi aparțin, ce e mai important. Nici nu mai știu cine sunt" (elev, în vârstă de 15 ani, dificultăți de concentrare, aversiune față de muncă, depresii și gânduri legate de sinucidere).

Individul este confruntat în diferitele stadii ale vieții sale cu o mulțime de probleme care se schimbă mereu. Deși personalitatea unui om pare în mare parte constantă, apar mereu schimbări care afectează înțelegerea de sine. Aceste schimbări pot veni din interior, adică ele pot fi rezultate ale dezvoltării fizice. Un exemplu în acest sens îl constituie maturizarea glandelor sexuale, care îl pun pe individ în fața unor probleme noi, până atunci necunoscute lui în această formă. Schimbările pot apărea însă și din exterior, adică sub forma pretențiilor de rol, a așteptărilor și a schimbărilor cerute.

Individul tânăr nu mai este considerat un copil în perioada pubertății și imediat după, el trebuie să se confrunte cu cerințele de rol care îi sunt adresate în noua sa calitate de tânăr bărbat și tânără femeie. Pubertatea este afectată în mod deosebit de criza identității, căci aici apar schimbări atât din interior, cât și din exterior. Situații de viață comparative, în care accentul cade mai mult pe circumstanțele externe, sunt nașterea fraților, începutul școlii, pierderea unei persoane apropiate, pretenții modificate privind performanța, schimbarea locului de muncă, șomajul, relația de cuplu și căsătoria, vârsta menopauzei etc.

Părinții, educatorii și celelalte persoane de referință au sarcina de a-i facilita copilului, tânărului sau partenerului prelucrarea crizei identitare apărute în diferitele stadii ale dezvoltării sale. Premisa în această situație este încrederea existentă între cele două părți.

Tulburări și conflicte: criză identitară; nesiguranță; incapacitatea de decizie; fără un obiectiv precis în viață; lipsa unui compas interior; angoasă; evadare în sexualitate, în petreceri, în asociații și în partide; dez-

amăgiri; lipsa de entuziasm; autoreproșuri; depresii; supraîncărcare; subîncărcare.

Învață să deosebești între lipsa de energie și canalizarea ei greșită.

A șasea neînțelegere: om – animal

În această zi îi vom dărui privirii tale deosebirea.

MOHAMMED

„Așa este el"

„Soțul meu este precum un animal. Atunci când are nevoi sexuale, eu trebuie să fiu acolo. Așa se descarcă el. Și nu știe ce înseamnă tandrețea" (vânzătoare, în vârstă de 38 de ani, neliniște interioară, atacuri de panică, respingere sexuală).

Pentru a caracteriza deosebirea dintre om și animal, este mai puțin potrivită o comparație globală, cât una a celor trei domenii funcționale: corp – mediu înconjurător – timp.

Corp: Animalul trăiește prin corpul său. Și omul trăiește tot prin corp, dar el posedă în același timp capacitatea de a-l simți. El nu va fi doar influențat de corpul său, ci îl poate influența pe acesta la rândul său. Atunci când un animal este bolnav, el este dependent exclusiv de funcțiile și tendințele de vindecare ale organismului. Omul în schimb își poate influența corpul în mod conștient și activ.

Mediu: În timp ce animalul acționează după naștere conform instinctelor sale, neputând sa reacționeze altfel, omul este mult mai dependent de învățarea îndemânării și de dezvoltarea capacităților sale. În timp ce animalul practic se naște cu regulile comportamentului social, obiectivul societății umane este de a-i învăța pe membrii săi regulile sociale și normele care trebuie respectate.

Timp: Omul se deosebește de animal prin conștientizarea categoriilor „trecut", „prezent" și „viitor". El are șansa de a se dezvolta la nivel istoric prin integrarea experiențelor individuale și colective ale trecutului (tradiție).

Punerea pe același plan a omului și a animalului reduce omul la un comportament aproape exclusiv condus de instincte, limitat la ele sau dresabil. Normele sociale ar avea în acest sens un caracter represiv distrugător care ar distruge impulsurile instinctuale. Omul prezintă, față de animal, deosebiri în domeniul corpului (o diferențiere superioară;

unități de funcționare ale sistemului nervos central noi din punct de vedere calitativ), al mediului (importanța socializării; învățarea îndemânării și conturarea capacităților) și al timpului (conștientizarea trecutului, prezentului și viitorului; capacitatea de folosi tradițiile colective). El nu are deci nevoie să fie dresat, precum animalul. Instinctele lui nu trebuie reprimate. Mai degrabă, ceea ce contează este diferențierea și dezvoltarea capacităților sale.

*Tulburări și conflicte***:** criză identitară; supraestimare; frică de eșec; sentimente de inferioritate; pierderea unității; egoism; dependență de prieteni și obiecte; predispoziție către cruzime și chinuirea animalelor; dragoste exagerată față de animale (preferi să mergi la plimbare cu câinele decât cu propria soție); incapacitatea de a demonstra sau de a câștiga iubire în cercul familial; personalități „de fier" care trec „peste cadavre" și care nu țin cont de ceilalți și nu cunosc mila atunci când vor să obțină ceva; lipsa de opunere în fața influențelor.

Învață să deosebești între a simți prin corp și a-ți simți corpul.

A șaptea neînțelegere: înnăscut – dobândit

Păcatele părinților se vor transmite și la copii, până la a treia și la a patra generație.

VECHIUL TESTAMENT

„Mulțumită părinților!"

„Doctorul meu a spus că am o structură nervoasă slabă. Atunci când l-am întrebat de unde vine asta, el a fost de părere că trebuie să le mulțumesc părinților" (angajat, în vârstă de 40 de ani, atacuri de panică, tulburări circulatorii).

Chestiunea privitoare la faptul dacă ceva este înnăscut sau dobândit are un interes aproape vital pentru mulți părinți, educatori și parteneri de căsătorie: cuvântul „înnăscut" este asociat unei dezvoltări obligatorii, neinfluențabile, fără nici o speranță; cuvântul „dobândit" dimpotrivă, trezește impresia că mediul înconjurător exercită o influență puternică și că există speranță de vindecare în cazul tulburărilor considerate a fi dobândite și nu înnăscute. În timp ce ideea că un comportament este dobândit pune persoana de referință și educatorul în fața a mereu alte sarcini noi, ideea că un comportament ar fi înnăscut acționează precum o linie de demarcație dedesubtul unui capitol.

Ideologia eredității servește drept raționalizare și pretext. Importanța cercetării științifice legate de ereditate nu este însă deloc restricțio-

nată datorită acestei constatări. Fiecare om se naște cu o abundență de capacități. Care din ele se dezvoltă și care nu, depinde în cele din urmă de influența stimulativă sau inhibatoare a mediului înconjurător. Educatorul, partenerul, medicul sau psihoterapeutul nu se poate mulțumi numai cu constatarea ca ceva este înnăscut. Mai degrabă, ceea ce contează este recunoașterea și folosirea șanselor care apar într-un domeniu în ciuda sau din cauza unei anumite tulburări.

Tulburări și conflicte: Auto-înstrăinare; supraîncărcare; subîncărcare; sentimente de pierdere; gelozie; ură; invidie; respingere; așteptări foarte mari; dezamăgire; viziune pesimistă asupra vieții; personalități negativiste, sceptice și neîncrezătoare.

Învață să deosebești între înnăscut și dobândit.

A opta neînțelegere: unicitate – egalitate

Munca educatorului se aseamănă cu cea a grădinarului care îngrijește diferite plante.
'ABDÚ'L-BAHÁ

„Tradiție de familie"

„Toți membrii masculini ai familiei au devenit ingineri. Este de neînțeles de ce fiul nostru mezin dorește să studieze arta" (inginer, în vârstă de 44 de ani, conflict generațional).

Sistemul de competențe al civilizației noastre este bazat, începând din școală și până în viața profesională, pe principiul similitudinii. În locul dreptății a apărut în multe locuri uniformitatea: în vestimentație, în posibilitățile de activitate, în cultura spațiului de locuit, în activitățile timpului liber și în alegerea partenerului. Acesta este un prilej suficient care să dea de gândit. Experiența zilnică arată că oamenii, deși au în esența lor de oameni o anumită asemănare, se deosebesc unii de ceilalți prin detalii cu neputință de măsurat. Atunci când te compari pe tine însuți sau pe partenerul tău cu altcineva, nu este suficientă pornirea de la o singură capacitate. Mai degrabă este necesară asocierea unicității unui individ cu condițiile de care acesta s-a bucurat în diferitele domenii avute în vedere: oamenii tratați egal sunt tratați inegal.

Tulburări și conflicte: incapacitate de decizie; criză identitară; pierderea încrederii în sine; autodetestare; gelozie; rivalitate; tulburări de contact; neîncredere; identificare; proiecție; sentimente de inferioritate; dezamăgiri; agresivitate; resemnare.

Învață să deosebești între unicitate și uniformitate.

A noua neînțelegere:
inconștientul și conștientul

Dimineața râdeam cu poftă;
acum nu sunt conștient însă de ce
plâng până la căderea nopții.
HAFIS

„Trebuie să fii mereu drăguț cu străinii"

„De câte ori nu mi-am propus să le spun altor oameni direct părerea mea. Dar când vine vorba să fac acest lucru, mă retrag în căsuța mea de melc. Apoi mă enervez" (angajată, în vârstă de 32 de ani, inhibiții, dureri de cap).

Funcția „inconștientului" poate fi clarificată printr-un exemplu simplu: după ce am mâncat, este pusă în mișcare o serie de procese fizice și care țin de metabolism. Deși ele se derulează de fiecare dată, noi nu suntem conștienți de acest fapt, decât dacă apare o dereglare semnalizată prin dureri și indispoziții. Cam la fel se întâmplă și cu relațiile interumane. De câte ori nu ne surprindem făcând lucruri pe care inițial nu intenționam să le facem. De exemplu, deși știm că bătaia nu este cel mai potrivit mijloc de educație și că nerăbdarea nu face decât să ne inducă o stare de neliniște, ne ieșim din pepeni până și cu cel mai mic prilej aparent și ne aruncăm principiile peste bord.

O mare parte a tuturor funcțiilor psihice și a relațiilor interumane este dictată de atitudini și moduri de comportament ale căror origini și motive nu sunt conștiente. Din ele se dezvoltă, pe lângă reacțiile instinctive corespunzătoare, și procese neintenționate conștient și având urmări nedorite. Capacitățile actuale joacă un rol deosebit în calitatea lor de conținuturi ale inconștientului. Unilateralitățile existente în modelul capacităților actuale sunt considerate în cele mai multe cazuri ca de la sine înțelese și ele nu ajung astfel în conștiință. Totuși, ele sunt puternic încărcate afectiv; își duc propria lor existență, urmările lor ieșind la lumină prin relațiile față de ceilalți oameni. Paradoxul potențialului conflictual numit „inconștient" este acela că el asigură o anumită protecție, în spatele căreia însă se pot dezvolta conflicte până ce explodează în mod deschis, căci tocmai această protecție este cea care se află ca un obstacol în calea prelucrării conflictelor.

Tulburări și conflicte: refulări; raționalizare; manevre de mistificare; eșcuri; vise simbolice; obstacole interioare; supracompensare; neînțelegeri și conflicte sociale.

Învață să deosebești între conștient și inconștient.

A zecea neînțelegere: identificare – proiecție

Dacă toți ar ști tot despre ceilalți, fiecare ar dărui la rândul său cu plăcere și ușurință.

HAFIS

„M-am sacrificat pentru ea“

„Am făcut totul pentru ca fiica mea să poată studia. Acum vine și îmi spune că ea vrea să câștige bani. Pur și simplu nu pot să înțeleg. Visul meu a fost dintotdeauna să pot studia. Mi-e de neînțeles cum poți să renunți cu atât de multă ușurință la o asemenea șansă“ (casnică, în vârstă de 43 de ani, tulburări cardiace, astm, depresii).

Noi toți avem dorințe și nevoi. Ne comportăm într-un anumit fel pentru a transforma o dorință în realitate. Nevoia și dorința devin motivația comportamentului nostru. Din motivație ca forță motrice se dezvoltă comportamentul: Motivație –> Comportament. Atunci când analizăm alte persoane cu comportamentele lor, noi considerăm că și la baza lor se află aceeași motivație, care ne mișcă și pe noi într-o situație asemănătoare. Deci plecăm de la premisa unei strânse legături între comportament și motivație și conchidem din comportament intenția: Motivație <– comportament. Această metodă ne determină să aflăm concluziile cauzelor, aflate la baza atitudinilor comportamentale ale unui individ, totuși ea ascunde în sine pericolul unei erori: Orice minge e rotundă, dar nu tot ce e rotund e minge.

Identificarea semnifică a te pune în locul cuiva pentru a gândi în cele din urmă ca acea persoană. De cele mai multe ori nu te identifici cu toată personalitatea respectivei persoane de referință, ci cu anumite trăsături ale sale. Astfel, identificarea este o formă centrală a învățării. Dacă însă modelul identificării este absolutizat și nu se dezvoltă în continuare, se poate ajunge la conflicte și confruntări. Premisa necesară pentru ca noi să ne putem imagina ce gândește și ce simte un altul este capacitatea de a ne pune în locul lui. Proiecția semnifică transferul așteptărilor conștiente și inconștiente precum și al anumitor trăsături proprii ale personalității asupra lumii exterioare și asupra partenerilor sociali.

Tulburări și conflicte: tendințe exagerate de imitație; așteptări foarte mari; nevoia de siguranță; criză de identificare; respingerea modelului; idealizare; prejudecăți; dezamăgiri; oscilații ale dispoziției; nedumerire; incertitudine; reproșuri către sine și către ceilalți.

Învață să deosebești între motivele interioare și motivele exterioare.

A unsprezecea neînțelegere: generalizare – diferențiere

Cel care nu are încredere în nimeni se păzește cel mai puțin de sine însuși.

GRAFF

„Niciodată din nou!“

„Nu voi mai putea să am niciodată încredere în soțul meu. Este un nemernic. Am descoperit că m-a înșelat. Cine știe dacă nu a făcut-o chiar de mai multe ori“ (casnică în vârstă de 38 de ani, tulburări sexuale, depresii).

O funcție psihică este cea care ne ajută să înțelegem mediul nostru înconjurător, și constă în capacitatea de a trage concluzii cu privire la alte evenimente în baza unui eveniment și de a ne purta la fel în situațiile corespunzătoare. Procesul de învățare și cel de înțelegere a mediului înconjurător presupun capacitatea de generalizare; fără aceasta, toate observațiile și trăirile noastre s-ar sparge într-un număr infinit de elemente fără nici o legătură unele cu celelalte. Generalizarea este cea care face posibilă ordonarea observațiilor, construirea de genuri proxime și în cele din urmă gândirea abstractă. Dar tocmai în această capacitatea se poate afla tipul de bază al neînțelegerilor. A deduce dintr-un eveniment alte evenimente poate duce și la evaluări eronate.

Generalizând, se poate spune că în relațiile cu sine însuși, dar și cu ceilalți, există tendința de a trage concluzii din anumite evenimente, dintr-o trăsătură altele, din altele întreaga persoană. Este tipic pentru generalizare ca unul din domenii să fie mult scos în prim-plan, iar celelalte să fie complet ignorate. Generalizarea înseamnă limitarea câmpului valorilor.

Tulburări și conflicte: generalizări; prejudecăți; nedreptate față de propria persoană și față de ceilalți; fixații; așteptări exagerate; suprasolicitare; dezamăgire; disperare; angoasă; agresivitate; izolare socială.

Învață să deosebești între parte și întreg.

A douăsprezecea neînțelegere: judecată – prejudecată

> Noi nu ne putem atinge obiectivele atâta timp cât rațiunea noastră nu deosebește dogmele, superstițiile și prejudecățile de adevăr.
>
> 'Abdú'l-Bahá

„Slăbiciune pentru bruneți"

„Am o slăbiciune pentru bărbații bruneți. Bănuiesc că sunt foarte temperamentali" (asistentă medicală, în vârstă de 19 ani).

O prejudecată este o judecată inoportună, de cele mai multe ori puternic încărcată afectiv. Conflictele interpersonale sunt bazate pe prejudecăți. Adesea, problemele educaționale nu sunt forme inevitabile ale sorții sau produsele relei-voințe, ci urmări ale cercului vicios al prejudecăților. Prejudecățile legate de comportamentul interuman se referă la capacitățile actuale și la mijloace; ele sunt construite în baza capacităților primare și secundare și a anumitor evaluări ale mijloacelor, ca atitudini de așteptare. Prejudecata nu trebuie să se raporteze neapărat la caracteristici negative. Pot fi așteptate cu aceeași siguranță manifestări pozitive de comportament, fără a-ți da silința de a verifica temeiul așteptării. Urmările sunt supraîncărcarea sau subîncărcarea.

Tulburări și conflicte: Nedreptate; discriminare; agresivitate; sentimente de culpabilitate; unilateralitate; fanatism; rasism; ură îndreptată împotriva propriei persoane; eșec social; slăbiciune în judecată; frica de adevăr.

Învață să deosebești între judecată și prejudecată.

A treisprezecea neînțelegere: bărbat și femeie

> Este clar că generațiile de mâine depind de mamele de azi.
>
> 'Abdú'l-Bahá

„Pedeapsa de a fi femeie"

„A fi femeie a fost pentru mine o pedeapsă. Femeie înseamnă: inferioară, fidelă, sensibilă, proastă, slabă, suferind de pe urma trăsăturilor bărbatului, dependentă. Bărbat: bun, infidel, obiectiv, inteligent, puternic, dinamic, invulnerabil, independent. De aici am tras concluzia: Pentru mine nu se pune problema decât a unui comportament masculin…" (studentă în vârstă de 23 de ani).

Nu există domeniu mai încărcat emoțional decât cel al raporturilor dintre bărbat și femeie. Însă, în același timp, nici un alt domeniu nu este atât de încărcat de prejudecăți precum acesta. Neînțelegerea bărbat-femeie nu joacă un rol important numai în confruntările actuale din căsătorie sau profesie, ci își aruncă umbrele și asupra educației.

Influența educațională a mediului social nu are efect numai asupra capacității de viață, comportamentului social, agresivității și inteligenței; și comportamentul privitor la rolurile sociale, în special comportamentul specific în funcție de sex este, în trăsăturile sale esențiale, consecință a educației. Împărțirea rolurilor în interiorul familiei prezintă în cel mai evident mod raportul dintre bărbat și femeie: tatăl trebuie să lucreze, în timp ce mama stă acasă. Acest raport este un model în sine. Copiii învață: Tatăl este responsabil de lumea exterioară, mama de mediul din interiorul familiei.

Faptul că mama are o funcție centrală în educație este adesea folosit ca pretext de către bărbat, pentru a-i pasa ei responsabilitatea privind educația copiilor. Atunci când totul merge bine în educație, tatăl se simte confirmat, dacă însă ceva nu funcționează, atunci mama este de vină. Multe femei se simt astfel supraîncărcate emoțional și dezvoltă din această cauză tulburări fizice și psihice. Ca reacție, multe mame caută o ieșire prin muncă. Ele așteaptă de acolo mai multă dreptate.

Atunci când femeile se bucură de aceleași avantaje în educație ca și bărbații, se poate vedea că amândoi, bărbat și femeie, posedă capacități asemănătoare, fiind în aceeași măsură capabili de a educa. Atunci se va înțelege că femeile trebuie tratate în mod egal cu bărbații.

Tulburări și conflicte: împărțirea unilaterală a rolurilor; „soarta gospodinei"; supraîncărcare; subîncărcare; angoase legate de despărțire; copiii ca obiectiv al vieții; căsătoria ca instituție de asigurări; evlavie față de autoritate; supunere; angoasă; agresivitate; probleme matrimoniale; acțiuni condiționate afectiv; invidie de sex; criză generațională; subordonare; criză de emancipare.

Învață să deosebești între gen ca urmare a naturii și rol de gen ca urmare a educației.

A paisprezecea neînțelegere: Dreptate – Iubire

„Cum tu mie, la fel și eu ție"

„Ai fost obraznic. De aceea trebuie să te culci mai devreme. Nu te putem lua cu noi" (mamă în vârstă de 38 de ani). „Indiferent de ce face soțul meu, eu voi fi mereu lângă el. Îl iubesc" (casnică în vârstă de 47 de ani, a doua căsătorie).

Conform principiului dreptății, o performanță este răsplătită printr-o alta; este un principiu de bază în educație, în centrul căreia se află anumite capacități actuale și performanțe. Dar dreptatea rămâne impersonală, oarbă la unicitatea omului. Dreptatea în relația de cuplu duce la modul general într-un cerc vicios, în care o nedreptate atrage alte nedreptăți. Căsnicia devine în acest context un adevărat iad.

Iubirea este semnul atenției emoționale pozitive și cuprinde omul ca întreg. Nu te îndrăgostești de anumite trăsături, capacități și particularități, ci de purtătorul lor: „Te iubesc, pentru că tu ești tu". Această atitudine aduce în anumite cazuri avantaje în relația de cuplu. Dificultățile apărute nu vor fi exagerate, conflictele deschise vor fi evitate. În cazuri extreme, iubirea pierde controlul asupra realității și se desprinde de circumstanțele concrete.

Este înțelept să ai pretenții legate de dreptate de la partenerul tău. El chiar așteaptă ca tu să ai astfel de pretenții. Dacă el însă eșuează, este necesar să poți face diferența între lipsa sa de performanță și el însuși. Acest lucru înseamnă: Te iau așa cum ești, chiar dacă tu ai eșuat acum în acest domeniu. Știu că poți învăța din greșelile tale și eu voi învăța din ale mele.

Tulburări și conflicte: fanatism cu privire la dreptate; agresivitate latentă; slăbiciune în luarea deciziilor din frica de a nu nedreptăți pe cineva; nedreptate; așteptări prea mari; „orbire din dragoste"; lipsă de iubire; suprasolicitare psihică; dezamăgiri; conflicte matrimoniale; tulburări psihosomatice.

Învață să deosebești între iubire și dreptate.

A cincisprezecea neînțelegere: sex – sexualitate – iubire

Aceste amănunte sunt puțin
cam neplăcute.

W. JAMES

„Caut un bărbat adevărat"

„Cu primul meu soț m-am măritat pentru că arăta incredibil de bine. Abia după ceva timp am realizat că era de fapt un neghiob. Cu al doilea soț m-am măritat în special datorită șarmului și manierelor sale alese. Au trecut doi ani până ce atitudinea lui paternă, galanteria și lingușeala lui au început să mă calce pe nervi. Acum caut un bărbat care să mă înțeleagă cu adevărat" (secretară, în vârstă de 32 de ani, doi copii).

Sexul cuprinde domeniul fizic. El se orientează ținând cont de funcțiile și caracteristicile fizice. Este important aici ca informațiile obiective legate de funcționarea corpului să fie transmise la timpul potrivit.

Sexualitatea se referă la trăsăturile și capacitățile unui individ în relațiile sexuale de cuplu. Aici intră capacitățile actuale.

Iubirea este capacitatea globală proprie fiecărui om de a stabili legături emoționale cu sine și cu mediul său înconjurător. Modelul părinților joacă un rol central în dezvoltarea capacității de iubire, a capacității de a iubi și de a fi iubit. Capacitatea de iubire are drept consecință recunoașterea egalității în drepturi și responsabilizarea.

Sexul și sexualitatea, luate în sine, îl fac pe om înlocuibil. El devine în acest sens numai purtător al unor trăsături evaluate ca fiind prețioase sau neprețioase. Unicitatea personalității este neglijată în toată această accentuare a sexului și a sexualității. Iubirea aflată în legătură cu sexul și sexualitatea confirmă unicitatea omului.

Tulburări și conflicte: Supraaccentuarea anumitor caracteristici fizice ale partenerului; idealizarea anumitor trăsături de caracter; așteptări exagerate; optimism naiv; dependență emoțională; dezamăgiri; cicăleală; conflicte în relația de cuplu; despărțiri; divorțuri; răceală față de sexul opus; respingere sexuală.

Învață să deosebești între sex-sexualitate și iubire.

A șaisprezecea neînțelegere: caricaturile iubirii

Iubirea e compusă pe trei sferturi din curiozitate.

CASANOVA

„Iubirea ca instituție de formare"

„Nu eram chiar inactivă din punct de vedere sexual. Pe soțul meu a trebuit să îl învăț tot ce știe acum. Trebuia să fi văzut cât de lacom era. Acum știe în mare cam despre ce e vorba, și nu are nimic mai bun de făcut decât să îmi reproșeze mie experiențele pe care le-am avut și de care el a știut să profite" (damă de companie, în vârstă de 38 de ani, angoase, tulburări cardiace).

Nu există cuvânt care să aibă semnificații mai variate decât cuvântul iubire, de la iubirea de mamă, la iubirea de animale, până la iubirea pasională. Chiar și iubirea sexuală are un număr mare de semnificații, care îi servesc fiecăruia drept etalon și orientare. Spectrului concepțiilor privitoare la iubire îi corespunde un spectru al neînțelegerilor: iubirea drept satisfacere a curiozității; iubirea drept relaxare; iubirea drept excitație sexuală; iubirea drept conformare; iubirea drept performanță; iubirea drept rivalitate și câmp de bătălie; iubirea drept încătușare; iubirea drept obligație generațională; iubirea drept politețe

și recunoștință; iubirea drept confirmare a stimei de sine; iubirea drept consecință logică; iubirea drept interes în afaceri; iubirea drept nivelare; iubirea drept pedeapsă; iubirea drept soluție salvatoare; iubirea drept dorință; iubirea cu orice preț; iubirea ca joc de-a doctorul; iubirea ca instituție de caritate; iubirea ca instituție de instruire.

Tulburări și conflicte: gelozie; așteptări exagerate; frica de o legătură emoțională; temeri legate de despărțire; frica de libertate; auto-reproșuri; masochism; dezamăgiri; evadare în boală; satisfacții surogat; tendințe de agățare de celălalt; teamă de responsabilitate; respingere sexuală.

Învață să deosebești între iubire și caricaturile ei.

A șaptesprezecea neînțelegere: pierderea unității și integrare

> Privește lumea precum privești corpul omenesc, care, chiar și atunci când e complet și cu desăvârșire dezvoltat, este afectat din diferite motive de tulburări și de boli grele.
>
> BAHA'U'LLAH

„… atunci m-am deșteptat"

„După ce am ajuns în spital din cauza unui infarct, mi-am dat în sfârșit seama că nu are nici un sens să mă surmenez atât de mult cu munca" (director în vârstă de 52 de ani).

Conflictele și nevrozele se dezvoltă dintr-o dizarmonie între relațiile existente între corp, mediu și timp. Noi definim nevroza ca o relație tulburată cu realitatea și astfel ca o pierdere a unității. Conflictul devine o povară psihică pe termen lung, în care corpului nu i se ia nimic, ci se introduc elemente noi sistemului. Noile feluri de realizări diferite ale capacităților actuale pot neliniști; devii obligat să te confrunți cu particularități „străine".

Omul poate fi privit ca sistem în care se află în legătură diferite elemente și componente cu anumite funcții. Dacă este tulburată o singură componentă sau o relație funcțională, acest lucru se reflectă asupra întregului sistem. În domeniul psihic, atât ceea ce ai trăit cât și ceea ce nu ai trăit poate conduce la tulburări psihice și psihosomatice. Bolile și tulburările, înțelese ca pierdere a unității, nu sunt lipsite de sens, ci ele își găsesc sensul în reconstruirea unității personalității, respectiv dezvoltarea ei în continuare.

Tulburări și conflicte: Evadare în singurătate; evadare în activitate; evadare în boală; lipsa capacității de diferențiere; criterii unilaterale în

ceea ce privește relația de cuplu; absolutizarea reprezentărilor și perspectivelor asupra lumii; sectarism.

Învață să deosebești între criză ca pericol și criză ca șansă.

A optsprezecea neînțelegere: boală și sănătate

> Nu poți urî bolnavul doar pentru că este bolnav.
>
> 'ABDÚ'L-BAHÁ

„Bolnavul închipuit"

„Pentru soția mea o boală adevărată e numai o boală fizică. Și atunci sângele trebuie să curgă litri întregi sau febra să ajungă la 42 de grade. Numai atunci crede că boala nu este simulată. Atunci când mă simt total depresiv și complet descurajat, ea mă consideră un molâu și un ipohondru" (funcționar, în vârstă de 39 de ani, depresii și gânduri suicidale).

În societatea noastră se obișnuiește să mergi la doctor chiar de când prezinți simptome fizice relativ minore. Atunci când un copil are dureri de stomac, febră, infecții sau dureri de cap, este considerat bolnav și tratat cu deosebită grijă. Dimpotrivă, un copil care are rezultate școlare slabe, este obraznic și dezordonat, încăpățânat și menține curățenia, se izbește în primul rând de opoziția și respingerea părinților. În timp ce boala fizică este considerată a fi un domeniu extrateritorial, asupra căruia pretențiile legate de socializare nu mai posedă valabilitate deplină, tulburările de comportament provoacă reacții mai severe. Aici sunt puse în mișcare în mod automat mijloacele educative ale pedepsei.

Tulburări și conflicte: Supraîncărcare; subîncărcare; gelozie; invidie; respingere; dezamăgire; eșecuri; agresivitate; a atrage atenția cu orice preț; autoreproșuri; nedumerire; deznădejde; proastă-dispoziție.

Învață să deosebești între boală fizică și boală psihică.

A nouăsprezecea neînțelegere: credință – religie – biserică

> Nimic nu ne împiedică să identificăm ordinea mondială a biologiei și Dumnezeul religiei.
>
> MAX PLANCK

„Dumnezeu–Tatăl"

„Nu mai dau doi bani pe religie. Mi se face rău când îi văd pe toți slujitorii mincinoși ai lui Dumnezeu" (om de afaceri, în vârstă de 48 de ani). „Atunci când mi-l imaginez pe Dumnezeu, îl văd mereu pe tatăl meu" (profesoară necăsătorită, în vârstă de 32 de ani, tulburări sexuale și inhibiții).

Fiecare om posedă capacitatea de a crede. În general, credința este relația față de necunoscut. Credința nu include numai întrebări religioase și întrebări legate de viața de după moarte, ci și întrebări cu privire la viața privată și la știință.

Capacitatea omului de a crede este abordată prin intermediul religiei. De care dintre religii aparține un individ este de cele mai multe ori stabilit de către părinți și tradiția educațională. Relația unui om față de religie este în mare parte dependentă de experiențele pe care acesta le are cu părinții și cu mediul său social. Religia este un fenomen cultural și strâns legată de cursul istoriei. Biserica este instituția religiei, un instrument care a devenit independent de multe ori de-a lungul timpului. De aceea, trebuie făcută diferența între credință, care aparține esenței ființei umane, religie și biserică, precum și între religie de rangul întâi și de rangul al doilea. Sarcina religiei este de a-i oferi omului valori, obiective și sens (dare de sens), în timp ce știința caută explicații, formulează legități și găsește altele noi (găsirea sensului). Religia și știința ar trebui, dacă ele vor să îi fie de folos omului, să se completeze reciproc și să formeze o unitate.

Tulburări și conflicte: fanatism religios; superstiție; manevre de respingere; iluzii; fixații; bigotism; angoasă; agresivitate; resemnare; evadare în exterior; evadare în religii surogat; auto-supraestimare; evadare în muncă; convingeri de nezdruncinat fără nici un argument; tristețe; sentiment de pustietate; sentiment de distrugere; neîncredere, a nu se implica în viață; îndepărtare de realitate; desprindere de legăturile sociale; cufundare în propria viață interioară; interes pronunțat legat de problemele metafizice îndepărtate de realitate; decădere; sentiment al golului interior și de a se simți vlăguit; sentimente de frică; teama de a deveni bolnav psihic; depresii; iritabilitate.

Învață să deosebești între credință, religie și biserică.

A douăzecea neînțelegere:
Soartă condiționată și soartă predeterminată

> Deși fiecare are moartea înscrisă în soarta sa, nu îți băga capul în gura leului.
>
> SAADI

„Oricum mori"

„Pur și simplu nu pot renunța la fumat și la un păhărel de vin. Oricum, și antialcoolicii mor" (specialist, în vârstă de 54 de ani, cu ciroză și depresii).

O soartă care nu poate fi ocolită este numită soartă predeterminată: fiecare om se naște și moare, nu poți face nimic pentru a evita aceste

două certitudini. Soarta condiționată este, dimpotrivă, acea soartă care are propria sa poveste, care ar fi putut fi evitată sau supusă schimbărilor. Raportul dintre aceste două tipuri de soartă poate fi clarificat printr-un exemplu. Pentru o lumânare, soarta predeterminată este ca ceara să ardă și să se consume; de aceea stingerea ei în cele din urmă este o predeterminare, care nu poate fi în nici un fel schimbată sau transformată. Soarta condiționată poate fi însă comparată cu următorul proces: În timp ce lumânarea este încă destul de lungă, trece o adiere de vânt care o stinge. Aici este vorba despre soarta condiționată, căci ar fi existat destule posibilități astfel încât să fie evitată stingerea lumânării.

Soarta condiționată oferă un drum pe care îl poți alege, dar pe care nu trebuie să îl alegi neapărat. Evenimentele din trecut sunt deja întâmplate și nu mai pot fi revocate. Mai importantă este întrebarea: ce pot eu învăța din trecut, cum pot ieși în întâmpinarea cerințelor din prezent? Există drumuri alternative, care ne stau întotdeauna la dispoziție. Aceasta nu spune altceva decât că soarta fiecărui om se află într-o mare parte în propriile sale mâini, și în copilărie în mâinile părinților și ale educatorilor.

Tulburări și conflicte: optimism exagerat; pasivitate înverșunată; resemnare; frica de eșec; frica de dezamăgiri; nemulțumire; angoasă existențială; auto-reproșuri; lipsa încrederii în sine; conflicte interumane; conflicte psihice interioare; „ratat".

Învață să deosebești între soarta condiționată și soarta predeterminată.

A douăzecișiuna neînțelegere:
moartea și perspectiva asupra morții

> Lașii mor de mai multe ori înaintea morții lor. Curajoșii nu gustă moartea decât o singură dată.
>
> SHAKESPEARE

„Dacă aș fi moartă…"

„Numai ideea că sânii mei, corpul, carnea de pe mâna mea, stomacul meu ar putea să se dezintegreze și să miroasă urât mă face să am o senzație de scârbă față de mine însămi. Deși știu că nu voi fi conștientă atunci, gândul acesta nu îmi dă pace; mi-e teribil de frică de tot acest proces" (manechin frumos în vârstă de 24 de ani).

Noi nu ne întâlnim numai o singură dată cu moartea de-a lungul vieții noastre, ci de multe ori și de fiecare dată cu participări diferite.

Perspectiva altor oameni asupra morții: Conștientizăm semnificația morții abia atunci când moare un om pe care noi îl cunoșteam și față

de care aveam într-un fel sau altul relații emoționale; percepția morții unei alte persoane devine atunci o spargere a percepției. Deși există convenția tacită că despre morți nu trebuie vorbit decât de bine, noi evaluăm moartea altcuiva în funcție de realizările sale, adică de experiențele pe care le-am avut cu el. Dacă se ia în considerare faptul că prin moarte se actualizează angoase din copilăria mică legate de despărțire sau de părăsire, atunci motivul afectiv de tristețe devine de înțeles.

Perspectiva asupra propriei morți: Reprezentarea propriei morți are limite. În ceea ce privește procesul anterior morții propriu-zise, noi suntem dependenți de afirmațiile muribunzilor, iar starea de după moarte nu ne este cunoscută. Moartea ține de soarta predeterminată a omului. Însă perspectiva asupra ei este diferită de la om la om. Desigur, frica de moarte este ceva natural, însă ea nu trebuie să apară neapărat în cea mai gravă formă. Moartea ca eveniment relativ incomprehensibil este adesea numai într-un sens mai îndepărtat obiect al angoasei. Frica de moarte se referă la corp (ideea că moartea este asociată cu durerea sau cu resimțirea propriei situații legate de moarte provoacă angoase), la mediul înconjurător (ideile asupra anumitor capacități actuale duc la frică de moarte sau la dorințe de apropiere a sa) și la timp (speranța și imaginea unui „După“ necunoscut provoacă sau reduce angoasele legate de moarte). Trebuie făcută deosebirea între moarte și perspectiva asupra morții.

Tulburări și conflicte: angoasă legată de moarte; lipsă de atenție; crize legate de perspectiva asupra lumii; temeri legate de îmbolnăviri; negativism; pesimism; optimism exagerat; angoasă existențială; supraîncărcare; subîncărcare; nesiguranță; evadare în viitor; meseria ca obiectiv în viață; reprimarea instinctelor; asceză; tristețe; indispoziții.

Învață să deosebești între moarte și perspectiva asupra morții.

Aplicabilitatea neînțelegerilor

Neînțelegerile sunt, într-o anumită măsură, punți de legătură ale conflictelor psihosociale. În domeniul terapeutic este importantă diferențierea reprezentărilor legate de diferitele conținuturi afectate de neînțelegeri. În apariția tulburărilor pot fi implicate una sau mai multe neînțelegeri. Ele sunt conceptul din spatele comportamentului conflictual sau al prelucrării evenimentelor disfuncționale. Deja prelucrarea acestor neînțelegeri, adică extinderea conceptelor, posedă funcție terapeutică.

„Neînțelegerile“ sunt puncte de orientare pentru terapeut. Stabilind conexiuni între problemele existente, conceptele pacientului și neînțelegeri, el poate pregăti schimbările de reprezentare ale pacientului.

Apoi, anumite neînțelegeri centrale pot deveni temă a psihoterapiei de-a lungul a mai multe ședințe.

„Soțul meu este un tiran!“

O profesoară în vârstă de 26 de ani începu o psihoterapie din cauza respingerii sexuale manifestate față de soțul ei și a tulburărilor cardiace de care suferea. Din cauza faptului că domeniul încărcat conflictual era în principal cel al relației de cuplu, fu chemat și soțul în cadrul unei terapii de cuplu. La începutul unei ședințe, pacienta spuse cu un ton disperat: „Soțul meu mă asuprește.“ Soțul ridică din umeri fără să înțeleagă și dădu din cap.

Terapeutul: „Cum vă asuprește soțul dumneavoastră, puteți să descrieți acest lucru mai detaliat?“

Pacienta: „Nu mă ascultă niciodată. Atunci când îi povestesc despre problemele mele, nu aud decât: „Nu e chiar atât de important“. Încă din pubertate sufăr de pe urma faptului că am un nas îngrozitor de mare. Acest lucru este pentru mine o adevărată problemă. Cea mai mare dorință a mea a fost și este încă aceea de a-mi face o operație estetică la nas. Până la urmă îmi câștig singură banii acum. Soțul meu îmi spune în astfel de momente numai: „Tu ești profesoară și nu regină a frumuseții, așa că rămâi așa cum ești“. Mie această atitudine mi se pare atât de brutală.“

Soțul: „Termină odată. Dacă mi s-ar fi părut atât de groaznic nasul tău, nu m-aș fi însurat niciodată cu tine. Există totuși probleme mai importante decât nasul tău.“

Aici iese la lumină neînțelegerea „relativitatea valorilor“, care blochează aparent relația dintre cei doi soți.

Pacienta: „Acesta nu este decât unul din multele aspecte. Amândoi lucrăm. Eu trebuie însă să mă ocup și de gospodărie, și soțul meu nici nu se gândește să mă ajute. Mi se pare total nedrept. Dacă stăteam toată ziua acasă, era altceva.“

Soțul: „Până la urmă ești și tu tot femeie. Dacă erai singură, tot trebuia să gătești și să faci curat. Și nu ai spus nimic de faptul că eu mă ocup de grădinărit. Așa că rămâi la adevăr.“

În acest dialog se arată neînțelegerile „dreptate-iubire“ și „bărbat-femeie“.

Pacienta: „Și mai e încă ceva. Mi-e greu să vorbesc despre asta, dar trebuie să o spun totuși. Mie îmi place foarte mult tandrețea. Dacă sunt numai puțin drăguță cu soțul meu, el vrea imediat în pat. Acasă, când suntem singuri, nici nu mai îndrăznesc să fiu tandră cu el.“

Soțul: „Acum înțeleg și eu în sfârșit de ce ești tandră cu mine numai de față cu alte persoane. Dar trebuie să îți spun că mie mi-e foarte penibilă toată această giugiuleală de față cu alții."

Aici devin vizibile ca neînțelegeri două caricaturi ale iubirii: „Iubirea drept consecință logică" și „iubirea drept performanță".

Rezumat: Aceste neînțelegeri s-au transformat în bariere de comunicare între cei doi parteneri, fiecare rămânând la conceptele sale. Abia în momentul în care conflictele au devenit transparente ca neînțelegeri, cei doi soți au putut să se preocupe de problemele existente și de conținuturile aflate la baza lor, fără a declanșa imediat unul din vechile lor conflicte.

5

Primul interviu în analiza diferențială

Vrăjitorul

Mulah, un predicator, voia să facă rost de nuci pentru soția sa, căreia îi promisese să îi gătească fesenjan, un fel de mâncare orientală ce conține nuci. Bucurându-se de ceea ce avea să gătească, mulahul băgă mâna adânc în coșul cu nuci și apucă atât de multe cât putu. Când vru să își scoată brațul din coș, nu reuși. Oricât de mult trase și împinse, coșul nu îi eliberă mâna. Începu să blesteme, să geamă și să se vaite, cum nu trebuie să se poarte de fapt un mulah, dar tot nu îi fu de ajutor. Nici când soția sa luă coșul și trase cu toată puterea greutății ei nu se schimbă nimic. Mâna rămase înțelepenită în gâtul coșului. După ce se chinuiră în zadar, ei chemară vecinii în ajutor. Toți urmăreau plin de interes spectacolul oferit. Unul din vecini privi paguba și îl întrebă pe mulah cum de i se întâmplase acest ghinion. Mulah îi povesti de nenorocul său cu voce plângăcioasă și oftând deznădăjduit. Vecinul spuse: „Te ajut, dacă faci exact ce îți voi spune!" „Fac orice îmi spui, numai să mă eliberezi de acest monstru de coș" „Atunci vâră-ți brațul înapoi în interiorul coșului". Lui mulah această afirmație i se păru surprinzătoare, căci de ce să își bage tot brațul în coș, când tot ce voia era de fapt să îl scoată complet de acolo. Dar făcu așa cum i se spuse. Vecinul continuă: „Acum deschide pumnul și lasă nucile pe care le ții strâns în pumn să cadă în coș." Această indicație stârni indignarea mulahului, căci el voia să scoată nucile de acolo pentru a putea găti felul lui preferat de mâncare, și acum trebuia să le dea drumul pur și simplu. El urmă însă, în ciuda voinței lui, indicațiile vecinului său. Acesta spuse: „Fă-ți mâna foarte îngustă și scoate-o încet, încet din coș". Și uite că mulah făcu așa cum îi fu zis. El scoase mâna fără dificultăți afară din coș. Însă tot nu era complet mulțumit. „Mâna mea e acum liberă, dar unde sunt nucile mele?" Atunci vecinul luă coșul, îl răsturnă și lăsă să cadă atât de multe nuci pe cât avea mulah nevoie. Cu ochii mari și gura deschisă de uimire, mulah îl întrebă: „Ești vrăjitor?" (Poveste persană).

Psihoterapie și autoajutor

Mulți pacienți au o istorie a bolii în care au fost deja implicați, ca personaje, de-a lungul timpului, mulți medici din diferite direcții de specialitate. La psihoterapeut se stabilește poate că tulburările nici nu sunt bazate pe legături fizice dramatice, în care să nu poată fi folosite decât aparaturi complicate, operații, medicamente și cure. Adesea numai și procesele legate de conștientizare, de schimbarea atitudinii sau de training comportamental pot genera efecte uimitoare. Pacienții privesc cu uimire această situație, ba chiar cu neîncredere, pe de o parte pentru că schimbărilor de comportament dorite le stă în drum o obișnuință de lungă durată și pentru că există multe obstacole emoționale care îngreunează conștientizarea, pe de altă parte pentru că nevoile și fixațiile de moment îl țin pe pacient atât de strâns legat, încât o perspectivă dincolo de situația în care se află îi pare complet eronată.

Atunci când se dovedește că în spatele bolilor se află conflicte neprelucrate și că aceste conflicte au devenit accesibile conștiinței, atunci mulți pacienți trăiesc „efectul aha“, care este asemănător uimirii mulahului. Așa se face că terapeutul este considerat vrăjitor în baza interpretărilor, diferențierilor, a întrebărilor sale. Un vrăjitor care scoate factorii generatori de boli precum porumbeii din joben sau, conform poveștii noastre, precum nucile din coș. Există concepții diferite privind posibilitățile și obiectivele pe care le poate atinge psihoterapia:

Unii oameni se așteaptă ca, atunci când au probleme sau se îmbolnăvesc, medicul să le citească în ochi aceste greutăți și să le prescrie cu o siguranță matematică acea tabletă care îndepărtează orice rău. Dar psihoterapia nu a reușit să prepare încă un „sirop“ potrivit oricărei probleme externe sau interne a omului. Pe de altă parte, există oameni cărora le lipsește încrederea atât în medicina generală și în special în așa-numita medicină de școală, cât și în competențele unui medic sau ale unui terapeut. Nevoia însă te face creativ. Așa apar în plan „medicii do-it-yourself“, care oferă sfaturi cu o originalitate inimitabilă și care și-ar îndepărta cu cea mai mare plăcere singuri apendicele, dacă ar putea. Ei consideră psihoterapia o anexă superfluă, deranjantă, misterioasă și îndoielnică a medicinei. Enunțuri precum:

> „La ce vă folosește psihoterapia? Terapeutul nu vă va putea reînvia mama“ sunt simptomatice în acest sens. Acest citat îi aparține unui ginecolog foarte bine calificat ca specialist. El a spus aceste cuvinte unei paciente care, după moartea mamei, suferea de depresii puternice, care ulterior au dus la dureri abdominale și la disfuncții hormonale.

Psihoterapia nu se desfășoară într-un turn de fildeș. Până la urmă simptomele și conflictele din cauza cărora cineva vine la terapeut nu apar, cel puțin în general, în practica psihoterapeutică, ci în viața de zi cu zi: problemele din căsnicie de exemplu apar într-o primă fază în relația de cuplu și acolo în relația cu sine însuși și cu celelalte contacte sociale. Abia atunci când duc la tulburări substanțiale și se asociază cu o simptomatologie psihică și psihosomatică, ele devin obiect al psihoterapiei.

Dacă urmărim pre-istoria unei tulburări, putem găsi legături până în prima zi de viață, ba chiar mai devreme, în perioada în care exista o unitate biologică mamă-copil. Aici se observă factori care generează bolile ulterioare, și nu numai, așa cum s-ar putea crede, în forma proceselor toxice de metabolism, ci și în procesele psihosociale, precum atitudinea părinților față de copil, relațiile părinților între ei și posibilitățile oferite de către părinți copilului lor. Așadar, copilul nu vine pe lume, odată cu nașterea sa, numai ca purtător al unor posibilități de dezvoltare și capacități, ci întâlnește o formă predeterminată de către părinți și mediul înconjurător, care îi stabilește dinainte în mare măsură dezvoltarea capacităților. Se poate spune astfel că potențialele conflictuale sunt prestabilite, precum și conceptele și schemele rezolvării de conflicte, care mai târziu se dovedesc a fi folositoare sau nefolositoare.

Dacă apariția tulburărilor poate fi stabilită atât de devreme, atunci ar trebui ca o psihoterapie care nu operează în mod arbitrar cu anumite tulburări să ia în considerare și educația și mediul înconjurător care acționează din punct de vedere educațional. Psihoterapia capătă din acest punct de vedere fundamental semnificația unui autoajutor, respectiv a unei reeducări. Putem pleca de la premisa că o parte a tulburărilor psihice este bazată pe faptul că a fost învățată și neprelucrată o cantitate prea mare de informații; o altă parte își are cauzele în faptul că a fost asimilată o cantitate prea mică de informații și, în consecință, există un deficit. Psihoterapia devine în acest caz un corector al educației. Educația nu necesită însă în mod primar un psihoterapeut. De ea trebuie să se ocupe, cel puțin în spațiul nostru cultural, părinții, care trebuie să știe să rezolve în același timp și problemele apărute în viața de zi cu zi.

Autoajutorul nu reprezintă ceva nou în medicină. În medicina internă există prescripții de dietă, programe de fitness și tabele de control. Aici pacientul se ajută singur sub îndrumarea medicului. Acest gen de ajutor a devenit între timp o componentă esențială atât în medicina internă, precum și în medicina preventivă. Așa cum sunt alcătuite prescripții de dietă în cazul bolnavilor de diabet, de ficat sau de stomac, în funcție de boala și specificitățile ei, tot la fel pot fi dezvoltate progra-

me de comportament și pentru conflictele psihosociale. Atunci când de exemplu soțul sau prietenul te-a înșelat, nu poți restabili „dreptatea“ și „onoarea“ numai cu pistolul sau cu cuțitul, ci poți reacționa și altfel. Poți bea, înecându-ți astfel problemele în alcool; poți lua droguri, căutând o lume mai bună cu ajutorul lor; te poți răzbuna, înșelând la rândul tău. Sau poți profita de această oportunitate, rezolvând problema în mod constructiv. Alternativele comportamentale favorabile vor fi alese din repertoriul modalităților învățate de rezolvare și din laboratorul propriei creativități.

Atunci când nu funcționează lumina electrică, avem mai multe posibilități: fie chemăm imediat un specialist și îl lăsăm pe el să repare ce e de reparat, fie încercăm noi înșine să îndreptăm paguba. Aceste alternative sunt — la fel ca și psihoterapia — trepte graduale diferite de autoajutor. De fapt, fiecare încercare a unui bolnav de a găsi ajutor pentru sine și nevoile sale reprezintă o străduință în direcția autovindecării. În acest sens, căutarea unui medic, vorbirea despre probleme, manifestarea demonstrativă a propriei neputințe, ba chiar simptomul însuși reprezintă un pas inițial al autoajutorării, căruia îi urmează apoi acțiuni sociale de ajutorare. Ar fi cu adevărat o muncă în zadar dacă s-ar dori cumva excluderea completă a autoajutorului din terapie. Autoajutorarea are multe semnificații. Ea se întinde de la simpla respectare a indicațiilor și prescripțiilor medicului, trecând prin anumite forme de reconfigurare a stilului de viață (de exemplu evitarea factorilor de risc), și până la preocuparea de propriile simptome, de raportul avut cu boala și de dorința interioară de a fi din nou sănătos.

Ședința psihoterapeutică nu se desfășoară deci numai în perioada în care pacientul se află în cabinetul terapeutului și până pleacă de acolo, ci și în timpul de dinainte și de după ședință.

În terapie este tematizat un număr mare de probleme. Firește că aceste probleme nu vor fi lepădate în ședința terapeutică precum un rucsac prea greu, ele reprezintă pentru pacient mai degrabă o temă de care acesta se preocupă intens și mai mult sau mai puțin conștient. Se formează asociații în baza temelor discutate, este discutată și cvasi verificată corectitudinea anumitor interpretări, sunt încercate la nivelul gândurilor sau în mod concret atitudini nou-achiziționate. În această privință, ședința terapeutică reprezintă o aprindere inițială, care declanșează un lanț de conduite eficiente din punct de vedere terapeutic. Experiențele trăite de către un pacient cu noile sale informații și cu propria concepție diferențiată asupra sinelui sunt aduse din nou în ședința terapeutică și tematizate, modificate conform structurii sale momentane referitoare la nevoile nou-apărute.

În consecință, autoajutorarea este o componentă integrală a psihoterapiei, la care nu se poate renunța. Ea este:

1. Ajutor educațional: Părinții sunt în educație, în multe cazuri, și „psihoterapeuții“ copiilor lor.

2. Măsură ajutătoare extraterapeutică: Numai o mică parte a bolnavilor psihic ajunge azi la specialist; ceilalți sunt îngrijiți în domeniul premedical prin intermediul măsurilor terapeutice populare.

3. Componentă integrală a psihoterapiei: Eficiența psihoterapiei se dovedește în viața de zi cu zi a pacientului; ea este de aceea în mod esențial dependentă de funcția ei de proporții.

4. Îngrijire ulterioară intervenției psihoterapeutice: După o intervenție psihoterapeutică nu se poate spune că nu se întâmplă nimic, ci mai degrabă psihoterapia este continuată prin intermediul autoajutorării.

5. Ajutor partenerial reciproc și mentorat: Parteneriatul include o interacțiune continuă de concepte, judecăți de valoare și conduite; are loc o schimbare de atitudini și de comportament mai mult sau mai puțin importantă.

6. Măsuri preventive pentru preîntâmpinarea și reducerea riscului de boală și de conflict: Ele pot începe încă din educație, odată cu formarea comportamentului, și se referă la mediul social și ecologic care însoțește un individ de-a lungul întregii sale vieți; fiecare om poate provoca boli sau poate ajuta.

Relevanța practică a autoajutorului poate fi într-adevăr cel mai bine caracterizată printr-un citat din A. Adler: „Un gram de prevenire este mai prețios decât un kilogram de tratare.“

Primul interviu în analiza diferențială

Vindecarea ușoară

Nepotul conducătorului Ghabus-Woschmgir era grav bolnav. Medicii din întreg ținutul renunțaseră deja la orice speranță. Medicamentele nu aveau nici un efect. Pentru că medicii nu reușiseră să facă nimic, conducătorul fu de acord ca Avicena, pe atunci un tânăr bărbat în vârstă de șaisprezece ani, să preia îngrijirea pacientului. Atunci când Avicena intră în palat, toți fură uimiți de curajul cu care acesta dorea să îl ajute pe bolnav, în condițiile în care toți medicii înțelepți ai ținutului se văzuseră nevoiți să își recunoască neputința.

Avicena văzu bolnavul, un bărbat tânăr, slăbit, palid, așezat în pat. Bolnavul nu răspundea întrebărilor medicului, și cunoștințele îi spuseră medicului că acesta nu mai spusese nici un cuvânt de ceva timp. Avicena îi luă pulsul bolnavului și îi strânse mână o perioadă mai îndelungată de timp. În cele din urmă ridică în-

gândurat capul și spuse: „Acest bărbat tânăr trebuie tratat altfel. Pentru aceasta am nevoie de cineva care să cunoască bine acest oraș, cu toate străzile și ulițele lui, cu toate casele și toți oamenii care locuiesc în el." Toți se minunară și întrebară: „Ce are de-a face vindecarea bolnavului nostru cu ulițele acestui oraș?" În ciuda scepticismului lor, ei se supuseră ordinului medicului și chemară un bărbat despre care se spunea că ar cunoaște orașul precum pe propriile sale buzunare. Avicena îl rugă pe acesta: „Numește-mi toate zonele orașului". Și în acel moment îi luă pulsul pacientului.

Când fu pronunțată o anumită zonă, Avicena simți că pulsul pacientului crescu brusc. Astfel, el îl rugă pe bărbat să pronunțe numele tuturor străzilor acelei zone, până când la numirea unei anumite străzi pulsul pacientului începu din nou să crească foarte rapid. Acum Avicena îi ceru să numească toate ulițele acestei străzi. Bărbatul le numi pe toate, una după cealaltă, până ce dintr-o dată numele unei uliță mici, puțin cunoscute îi provocă emoții bolnavului. Avicena ordonă satisfăcut: „Aduceți-mi un bărbat care îmi poate numi toate casele acestei uliță împreună cu locuitorii lor." Pe acesta îl rugă Avicena să îi enumere toate casele acestei uliță, iar pulsul bolnavului o trădă pe cea corectă.

Atunci când bărbatul ajunse la numele locuitorilor acelei case, el pronunță și numele unei fete. Dintr-o dată, pulsul pacientului începu să o ia razna. Avicena observă: „Foarte bine, totul e clar. Cunosc acum boala acestui tânăr bărbat, iar vindecarea e ușoară." El se ridică și le vorbi celor de față, care îl priveau uimiți: „Acest tânăr bărbat suferă de «boala iubirii». Aici își au rădăcinile durerile corpului său. El este îndrăgostit de fata al cărei nume l-ați auzit. Duceți-vă, luați fata și transformați-o în mireasă."

Pacientul, care urmărise cuvintele medicului cu cea mai mare atenție și emoție, se înroși până în vârful urechilor și se ascunse rușinat sub plapumă. Conducătorul o transformă pe fată în mireasa nepotului lui, care din acel moment se însănătoși. (După Mowlana).

Primul interviu reprezintă prima întâlnire între psihoterapeut și pacient. Ea este limitată temporal și poate servi mai multor obiective: obținerea de date pentru avize și obiective științifice. Ea poate fi baza unei consilieri ulterioare, poate decide dacă îi este sau nu potrivită pacientului o psihoterapie și ce fel de psihoterapie este în concordanță cu nevoile lui. În cele din urmă, primul interviu include deja elemente terapeutice, care pot fi însă prelucrate în mod sistematic abia în psihoterapia ulterioară sau în consiliere. Acolo unde nu se află la dispoziție decât o perioadă de timp limitată se poate face o excepție de la împărțirea dintre diagnoză și terapie, integrându-se încă din primul interviu în mod țintit elemente terapeutice.

Povestea terapiei unei paciente, pe care noi dorim să o numim *Doamna Ute S.*, are ca obiectiv descrierea primului interviu terapeutic

și a psihoterapiei analitico-diferențiale ulterioare. Drept surse au fost folosite înregistrări audio, cu care pacienta a fost de acord, lucru pentru care îi sunt recunoscător, rapoarte scrise, notițe, înscrisuri ale pacientei din perioada dintre ședințele terapeutice și propriile mele notițe.

Conform celor trei stadii ale interacțiunii, împărțim descrierea primului interviu, în funcție de centrele lor de greutate, în stadiile *atașamentului*, *diferențierii* și *detașării*.

Atașament: Terapeutul adoptă o atitudine preponderent pasivă și își ascultă pacienta cu bunăvoință. Este realizată o analiză condusă, în care terapeutul pune țintit întrebări și îi lasă timp pacientei să răspundă pe larg. Pacienții care fac digresiuni de la subiect pot fi întrerupți dacă terapeutul este de părere că întrebările sale au primit un răspuns suficient pentru cadrul primului interviu. Pacientului îi este explicată întreruperea: „Dacă vă întrerup din când în când, aceasta înseamnă că am înțeles răspunsul dat de dumneavoastră la întrebarea mea. Vom reveni mai târziu asupra lui, în măsura în care va fi necesar."

Prima întrebare, pe care eu le-o adresez în cabinetul meu noilor pacienți, este: *„Cine v-a trimis la mine?"* Această întrebare servește orientării obiective a terapeutului, dar ea poate oferi și indicii asupra motivației pacientului.

> *Doamna Ute S. a spus*: „Doamna Dr. Sch., neurologul meu, m-a trimis la dumneavoastră. De circa doi ani mă aflu la ea în tratament. În acest timp mi-au fost făcute de două ori toate analizele, dar nimeni nu a descoperit nimic."

În continuare, această întrebare stabilește un prim contact; pacientul își justifică într-o anumită măsură prezența la terapeut. Atunci când se cunoaște de la cine a fost transferat pacientul, constatarea: „Veniți la mine din partea colegului meu, Dr. M. El v-a recomandat deja" poate constitui baza unui test de încredere, în care pacientul verifică potențialul de încredere al situației terapeutice și posibilitățile de a și-l face pe terapeut aliat: „Vă rog să nu îi trimiteți medicului meu nici un raport legat de problemele mele." Sau: „Soțul meu nu știe că am venit la dumneavoastră." Astfel, sunt împărtășite informații care au caracter de simptom pentru psihoterapeut și care pot fi deja luate în considerare ca domenii încărcate conflictual. Firește, rolul pe care acestea îl au în interiorul conflictului poate fi determinat abia atunci când se află la îndemână și alte informații.

Următoarea întrebare se referă la obiectivul vizitei la terapeut: *„Ce vă aduce la mine? Ce neplăceri aveți?"* În cazul pacienților necomunica-

tivi, care se simt de exemplu blocați de noua situație, ajută adeseori următoarea poziție de ajutor: „Noi deosebim în general două forme de indispoziții. Pe de o parte indispozițiile fizice, precum durerile de cap, tulburările cardiace, bolile de stomac și de intestin. Pe de altă parte, preponderent indispoziții psihice precum angoase, depresii, neliniște interioară și inhibiții.“ Tendința sugestivă inclusă în această formă de exprimare poate fi compensată prin faptul că pacientul nu se va mulțumi numai cu simpla numire a anumitor tablouri clinice legate de diferitele indispoziții, ci că va pune întrebări în legătură cu apariția lor subiectivă, cu situațiile și persoanele implicate. Deși în psihoterapie sunt problematice întrebările general sugestive, acest risc pare mai îndreptățit decât sentimentul de frustrare pe care un pacient blocat l-ar experimenta fără să i se ofere această explicație.

Doamna Ute S. relată: „Nu știu cum să încep cel mai bine. Mă simt pur și simplu îngrozitor, atât de dezechilibrată, de neliniștită, încât sunt complet dată peste cap (…). Sufăr de o angoasă puternică, indefinibilă, iar noaptea am coșmaruri. Seara nu pot să adorm și visez atât de urât, încât mă trezesc lac de transpirație și tremur din tot corpul. (…) Senzația de strângere de inimă pe care o trăiesc este pur și simplu insuportabilă. Am sentimentul că inima mea se află într-o cutiuță și nu poate să bată corect. Atunci când mă enervez, stomacul meu se strânge îngrozitor. Atunci mi se face rău și am cu adevărat dureri. Sunt atât de neliniștită, încât trebuie să clatin continuu cu ceva, cu piciorul și așa mai departe. Cu fiecare efort pe care îl depun mă simt istovită, rău, și genunchii încep să îmi tremure. Când aud țipete, am senzația că înnebunesc. Soțul meu are numai probleme și greutăți cu mine. La ce folos că îl iubesc, dacă îi provoc atâtea griji și necazuri. Dar și el îmi face uneori viața un adevărat calvar. (…) Am de foarte multe ori dorința să pun capăt vieții mele, pentru a-mi face un bine mie însămi și celorlalți din jurul meu (…).“

Pacientul are frâu liber în descrierea propriilor indispoziții. El trebuie să aibă sentimentul: „Aici pot vorbi. Terapeutul meu mă ascultă și mă înțelege.“ Sentimentul de a se simți înțeles este transmis printre altele și prin faptul că terapeutul se dedică pacientului său, își arată înțelegerea sau se asigură că a înțeles corect prin intermediul întrebărilor indirecte. Pacienta a spus, printre altele: „Întotdeauna când sunt singură mă simt atât de indispusă.“ Terapeutul a întrebat atunci: „Simțiți așadar ceva precum neliniștea interioară?“ Pacienta nu a fost de acord cu această exprimare: „Nu! Simt asta la nivel fizic, ca și cum mi s-ar scurge tot sângele din creier și aș fi cu puțin înaintea unui leșin.“ Cuvântul „indispusă“, care inițial a fost înțeles de către terapeut ca neliniște interioară, reprezintă aici un indiciu asupra unei senzații de amețeală importantă pentru întreaga simptomatologie a pacientei. Dacă acest lucru nu reiese din descrierile pacientei, se va întreba unde (de exemplu în ce părți ale corpului), când (în ce situații, în ce perioadă a zilei), în ce măsură și de când apar aceste indispoziții. Pentru a completa ultima întrebare, se adună informații de la pacientă legate de momentul apariției indispozițiilor: dacă au apărut de puțin timp sau încă de mai demult. Astfel pot fi delimitate situațiile care le generează, forța lor și aspecte legate de apăsarea durerilor:

Pacienta: „În ultimul timp am o senzație de puternică tensiune interioară…“

(Pacienta tace).

Terapeutul: „Unde ați simțit această senzație?“

P.: (atinge cu ambele mâini zona inimii și a stomacului) „Aici.“

T.: „Este această durere persistentă?“

P.: „Nu, nu o am mereu. De fapt ea apare abia seara, când sunt singură în apartament.“

T.: „De când aveți aceste dureri?“

P. „Dacă stau să mă gândesc bine, cam de circa doi ani și jumătate…“

T.: „Cât de puternice sunt durerile?“

P.: „Uneori pur și simplu nu pot să le suport. În acele momente aș înghiți cu cea mai mare plăcere somnifere, atât de tare mă termină…“

Aceste enunțuri conțin mai multe indicii privitoare la tabloul simptomatic și la geneza acestuia. Prin această descriere se vede ceea ce am putut observa și eu în aproape toate cazurile tratate de mine, și anume că niciodată nu există numai anumite simptome izolate, ci că de cele mai multe ori este vorba despre simptomatologii complexe, în care este inclus un număr mare de dureri și de indispoziții. Așa am descoperit la pacientă, care inițial începuse un tratament psihoterapeutic din cauza angoaselor, trăsături depresive, dureri de cap ocazionale și tulburări ale somnului, care, pe lângă angoasă, determinau starea pacientei. De aceea consider foarte important ca terapeutul să acorde atenție simptomelor însoțitoare, din moment ce nu este neapărat sigur faptul că simptomatologia principală descrisă de pacient este într-adevăr centrul cauzal pentru toate celelalte tulburări existente. În acest caz, descrierea relativ exactă a începutului bolii poate fi adusă în discuție în mod degajat odată cu alcătuirea anamnezei. În timp ce descrierea pacientei oferă preponderent informații subiective, prin alcătuirea anamnezei sunt adunate preponderent date obiective din biografie. Prin anamneză, care este alcătuită după stabilirea contactului și a unei relații de încredere,

pacientei îi sunt puse întrebări cu privire la biografia ei (anamneză socială).

Terapeutul: „Ce vârstă aveți?“
Pacienta: „32 de ani.“
T.: „Sunteți măritată?“
P.: „Da, de zece ani.“
T.: „Aveți copii (câți, vârsta copiilor)?“
P.: „Doi copii, o fiică în vârstă de șapte ani și un fiu în vârstă de cinci ani.“
T.: „Ce meserie aveți?“
P.: „Secretară, acum casnică.“
T.: „Cu ce se ocupă soțul dumneavoastră?“
P.: „Soțul meu este agent de asigurări.“
T.: „Mai trăiesc părinții dumneavoastră? (Când au murit părinții dumneavoastră?)“
P.: „Tatăl, funcționar bancar, a murit acum trei ani. Mama este pensionară.“
T.: „Câți frați/surori aveți (ordinea cronologică a nașterii lor)?“
P.: „O soră, cu cinci ani mai în vârstă ca mine.“
T.: „Apartenență religioasă?“
P.: „M-am retras din biserică.“

(32 de ani, căsătorită de zece ani, doi copii, o fiică de 7 ani și un fiu de 5 ani, înainte secretară, acum casnică, soțul: agent de asigurări, tatăl: funcționar bancar, a murit acum trei ani, mama: pensionară, o soră cu 5 ani mai mare.)

În continuare, importante vor fi dezvoltarea fizică și bolile avute până în acel moment (anamneză somatică), precum și tratamente psihiatrice și psihoterapeutice anterioare. Alcătuirea anamnezei îi oferă terapeutului informații privind trecutul pacientei, într-o anumită măsură un echipament pentru înțelegerea motivelor aflate în spatele bolii existente în prezent. Prin anamneză este întrerupt într-o primă fază continuumul interviului. În măsura în care această întrerupere nu se petrece cu brutalitate, ea face posibilă pe de o parte neutralizarea fixațiilor cu privire la anumite tablouri clinice; acestea vor fi observate de către terapeut, dar nu vor fi cultivate în cadrul primului interviu. Pe de altă parte, recursul la biografia pacientului ajută la asocierea altor evenimente relevante.

Pacienta: „Trebuie să vă spun că eu dintotdeauna am fost puțin nervoasă și agitată. Înainte, când eram copil, tatăl meu mă lua de braț și mă alinta. În general îmi lipsește foarte mult tata. Mai ales acum, când am atâtea greutăți. Aș vrea mult să mai pot discuta cu el.“

Primul interviu trebuie să ofere o imagine cât mai curprinzătoare a situațiilor conflictuale implicate. Mostre de comportament mai detaliate pot fi apoi discutate în terapie. Unilateralitatea care poate apărea într-un interviu nedirijat este împiedicată prin această formă de interviu dirijat datorită atingerii cât mai profunde a tuturor domeniilor cu potențial conflictual. Anamneza este realizată de terapeut și nu delegată altor persoane sau personalului psihoterapeutic auxiliar. Felul în care un pacient răspunde la întrebările anamnezei oferă indicii situative, care depășesc conținutul obiectiv al datelor biografice, fiind la fel de importante pentru înțelegerea situației pacientului precum astfel de date.

Ceea ce nu se găsește în informațiile legate de date, dar poate fi totuși evaluat de către terapeut ca informație, este întregul context al răspunsului pacientului. La întrebarea: „Aveți frați/surori?“, doamna Ute S. își schimonosi gura, de parcă ar fi mușcat dintr-o lămâie amară, făcu un gest de dispreț cu mâna, se aranjă însă în fotoliu, ca și cum ar vrea să se adune, și abia apoi răspunse: „Am o soră mai în vârstă decât mine.“ Informația scenică îi oferi terapeutului o informație privitoare la relația pacientei cu sora sa, marcând astfel un posibil domeniu conflictual, care ar putea fi luat în considerare într-o terapie ulterioară. Înțelegerea scenică pleacă însă de la premisa ca terapeutul să fie pregătit să se pună în locul pacientei, dar să asculte într-o anumită măsură cu urechile experienței lui.

Odată stabilită legătura dintre biografie și începutul și felul simptomelor poate fi pusă întrebarea cu privire la mediul exterior care a influențat apariția simptomatologiei. În aproape toate cazurile poate fi constatată o astfel de legătură.

Terapeutul: „Ați spus că durerile dumneavoastră s-au accentuat acum circa doi ani și jumătate. Ați putea să îmi spuneți ce vi s-a întâmplat la acea perioadă?“

Pacienta: „Asta a fost atunci când am avut o cădere nervoasă. S-a întâmplat într-o seară. În acea seară am început să plâng, totul îmi părea trist și îngrozitor, toată viața. Când a venit soțul meu acasă, în jur de ora 12 noaptea, m-a găsit plângând. Dintr-o dată am început să plâng și mai tare și să țip, din ce în ce mai strident, nu mă mai puteam opri și mă gândeam că mai am puțin și o iau razna cu totul. Totul se preschimbă în ceva îngrozitor. Soțul meu se transformă într-un monstru, la fel și fiica mea, care i se alătură. Soțul meu îmi dădu o palmă, și atunci eu am încetat să mai țip. Dar imaginea de coșmar rămase. Chiar și aspiratorul îmi provoca o frică teribilă…“

Pacienta relată că devenise foarte fricoasă și că auzea totul prea tare. Mai mult, dezvoltase o frică profundă de a nu-și putea duce sarcinile la bun sfârșit și senzația că trebuie să vomite sau să înnebunească. Relată despre frica de a pierde controlul asupra sa.

„În special seara nu mă simt bine în pielea mea, și deși am această senzație deseori, îmi vine greu să o descriu în cuvinte. Sunt neliniștită și nefericită și cel mai mult mi-aș dori să fug de toți și de toate. Noaptea, deși iau tablete pentru a adormi, am vise îngrozitoare. Nu există pentru mine nimic mai rău decât să aștept. În fiecare seară trebuie să aștept, căci soțul meu nu poate spune niciodată la ce oră ajunge acasă. Asta mă îmbolnăvește. Fiecare secundă devine o veșnicie, și eu devin atât de tristă și mă simt nespus de singură."

Tablourile cronice reprezintă dintotdeauna o excepție, în care pacientul se percepe pe sine ca „suferind dintotdeauna". Aici nu se pune atât de mult problema circumstanțelor apariției simptomatologiei, ci trebuie, în loc de aceasta, analizate oscilațiile stărilor de sănătate și situațiile externe care le însoțesc pe acestea.

Rezumat: În acest moment dispunem deja de o cantitate considerabilă de informații. Am vorbit cu pacientul în medie circa 20 de minute. Informațiile noastre se referă la starea de sănătate subiectivă a pacientului, biografia sa și informațiile care au reieșit din înfățișarea pacientului în interacțiune cu așteptările terapeutului. Tema centrală a fost atașamentul, adică stabilirea unei relații preliminare de încredere, care să susțină cel puțin încercarea unei sincerități subiective în următorii pași ai primului interviu.

Diferențiere

De acum încolo, tema centrală este diferențierea. Elemente de diferențiere au fost găsite încă din prima parte a interviului, când au fost constatate caracteristici de diferențiere ale simptomatologiei și ale biografiei. În următoarea parte a primului interviu, sunt aduse în discuție elementele psihosociale aflate în spatele conflictelor. Baza o oferă capacitățile actuale și mijloacele capacităților de bază. Autocaracterizarea pacientului de până acum reproduce în mare parte felul în care se vede pe sine și situația în care se află. În această perspectivă intră modelele explicative, raționalizările și conceptele care l-au ajutat pe pacient până acum în a înțelege situația în care se află. Astfel, pacienta și-a redus problemele de căsnicie în mod stereotip la: „*Eu și soțul meu nu ne potrivim.*

Suntem tipuri complet diferite și nu ne aflăm pe aceeași lungime de undă." Dacă terapeutul ar prelua acest model explicativ, ar intra și el în cercul vicios al raționalizării în care pacienta se află deja. Încercarea explicativă a pacientei oferă mai degrabă explicații cu privire la mecanismele ei de prelucrare.

Diferențierea urmărește două obiective:

a. recunoașterea și delimitatea conflictelor și a posibilităților de dezvoltare

b. determinarea de conținut a conflictelor și simptomelor descrise.

Diferențierea are loc în două direcții: sunt cuprinse conflictul actual și conflictul de bază, și aceasta prin inventarul analitico-diferențial (IAD) și prin mijloacele capacităților de bază. Aici este pusă în discuție în special capacitatea de suportare a pacientului cu privire la problematica sa actuală. Pentru a nu deveni prea brutali și a nu supune pacientul unei presiuni prea mari, alcătuirea IAD va fi „îmbrăcată" într-un dialog lejer:

Terapeutul: „Ați pomenit de faptul că aveți anumite dificultăți cu soțul dumneavoastră, că sunteți tipuri diferite. Acum vom încerca să stabilim împreună care sunt lucrurile care vă deosebesc."

Terapeutul urmărește degajat IAD-ul și notează interpretarea sa la enunțurile pacienților. Este important ca notițele lui să nu întrerupă fluxul de comunicare. Instructajul sună în principiu astfel: „*Care dintre dumneavoastră (de ex. dumneavoastră sau soțul dumneavoastră) pune mai mult preț pe punctualitate (ordine etc.)?*" „*Cum se ajunge la conflicte în ceea ce privește domeniul punctualității (ordinii etc.)?*"

Această „întrebare-standard" poate fi completată sau înlocuită prin alte întrebări referitoare la anumite capacități actuale, în măsura în care ele sunt necesare în înțelegerea conflictului pacientului. Exemple de astfel de întrebări pot fi găsite în Indexul „Capacitățile actuale" (cum se întreabă legat de punctualitate, ordine etc.). Nu este obligatoriu să se înceapă cu „punctualitatea". Dacă o pacientă s-a plâns deja dinainte de infidelitatea soțului ei, poate fi folosită capacitatea actuală „sinceritate/fidelitate" drept punct de plecare în alcătuirea IAD-ului. Dacă o mamă se plânge că fiul ei este o catastrofă la școală, poate fi folosit la fel de bine ca punct de plecare în IAD domeniul de comportament „hărnicie/performanță".

Acest demers necesită o anumită flexibilitate a terapeutului. Ea este totuși necesară pentru a-i mijloci pacientului o identificare cu întrebările adresate și a-i facilita un răspuns subiectiv și, astfel, informativ din punct de vedere terapeutic. În afară de aceste chestiuni, trebuie neapă-

rat evitat un efect negativ de testare; el îi dă pacientului senzația de a fi verificat conform cu o anumită schemă. În cele din urmă, terapeutul trebuie să fie motivat în a se orienta după condițiile individuale ale pacientului său și de a folosi în principal enunțurile pacientului, și nu propriile sale așteptări teoretice.

Domeniile comportamentale vor fi evaluate după cum urmează: (+ + +) reprezintă cea mai înaltă evaluare subiectivă a unei categorii, (– – –) cea mai joasă evaluare; (+ -) semnifică indiferență vizavi de domeniul de comportament evaluat; (+ +) și (+) precum și (- —) și (-) sunt trepte în evaluarea subiectivă. Prima coloană conține capacitățile actuale, a doua indică autoevaluarea pacientului cu privire la capacitățile actuale. A treia coloană conține evaluarea de către pacient a partenerului implicat în conflict. A patra coloană include enunțuri spontane. Dacă un pacient nu înțelege prea bine un concept, pot fi adăugate în completare sinonime ale capacităților actuale. IAD-ul reprezintă o formă prescurtată a inventarului capacităților actuale.

Inventarul analitico-diferențial (prescurtat IAD) al unei paciente în vârstă de 32 de ani cu depresii, angoase și conflicte matrimoniale (Dna Ute S.)

Capacitățile actuale	Eu	Partener	Enunțuri spontane
Punctualitate	+ + +	– – –	Pentru soțul meu, punctualitatea este ceva ce pur și simplu nu cunoaște. Dacă spune că ajunge acasă la ora 17, eu întotdeauna mai adaug o oră, și de obicei nu este suficient, căci apare abia la 20 sau chiar la 22. Deși știu că este așa și că în mare parte e din cauza meseriei pe care o practică, nu mă pot obișnui. Stau la pândă de la ora 17 și nu mai pot să fac nimic, căci nu mă pot concentra. Toată ziua mă grăbesc pentru a termina cu toate până la ora 17, în eventualitatea în care totuși s-ar întâmpla să vină la timp.
Curățenie	+ +	+ + +	Pe soțul meu îl deranjează adesea până și o scamă de pe podea, deși eu însămi sunt atentă la curățenie...
Ordine	+	+ + +	Soțul meu este un fanatic în ceea ce privește ordinea. Este la fel de pedant ca și mama sa. Ea nu este mulțumită de nimic din gospodăria mea și își bagă nasul peste tot…
Supunere	+ +	+	Eu sunt de fapt întotdeauna cea care cedează.

Politețe	+ + +	+	Eu vreau să le fac tuturor pe plac. Soțul meu nu este aici atât de atent.
Sinceritate	+	+ + +	O, da, soțul meu știe să își spună părerea. Și face asta fără nici un fel de menajament. Este foarte direct. Mie dimpotrivă, mi-e greu uneori să spun de ce îmi sare țandăra.
Fidelitate	+ +	+ —	Cred că și soțul meu este fidel.
Dreptate	+ +	+ -	În meseria lui o face pe corectul. Mi se pare nedrept și inuman faptul că îi dă mereu dreptate mamei sale. Nici în relația lui cu copiii nu e ceva în regulă. Se joacă cu băiatul nostru cel mic. Dar aproape că o ignoră complet pe fata mai mare, care până la urmă are și ea nevoie de tatăl ei. Când îi atrag atenția, vine cu pretextul stupid: „Ea mă supără numai, e la fel de dezordonată ca și tine…“
Hărnicie/Performanță	+ +	+ +	Ultimul lucru pe care i l-aș putea reproșa soțului meu ar fi acela că este leneș.
Chibzuință	+	+	Amândoi punem preț pe cheltuirea rațională a banilor.
Seriozitate	+ +	+ -	Dacă soțul meu ar fi față de mine la fel de serios cum este în meseria lui, am avea cu siguranță o relație mai bună. Neseriozitate arată prin faptul că niciodată nu este punctual în relația cu mine…
Răbdare	-	+ +	Dacă nu iau în considerare pedanteria soțului meu, pot spune ca are răbdarea unei broaște țestoase. Îmi vine să înnebunesc uneori când trebuie să îl aștept și când ceva nu merge așa cum îmi imaginez eu...
Timp	+ +	- -	El are mult prea puțin timp.
Încredere/Speranță	-	+	De fapt am încredere în el. Dar când trebuie să îl aștept, dintr-o dată se duce toată încrederea. Mi-e atât de frică de faptul că se va sătura de boala mea și mă va lăsa singură.
Contact	-	-	Avem numai puțini prieteni adevărați sau cunoștințe.
Sex/Sexualitate	+ —	+ +	Actul sexual cu soțul meu este de cele mai multe ori nesatisfăcător pentru mine, ceea ce el regretă foarte mult...

Credință/Religie/Viziune asupra lumii	+	+	Asta nu a constituit până acum o problemă pentru noi.

Partenerul de conflict: Partenerul primar de conflict reiese de regulă din explorarea anterioară a pacientei. Firește, acest lucru nu înseamnă că există un singur și mereu același partener de conflict. În conflict pot fi implicate și alte persoane și grupuri, în cazul exemplului nostru soacra și copiii. Dacă este necesar, poti fi implicați în mod categoric și alți parteneri de conflict suplimentari. Alegerea partenerului de conflict se petrece într-o anumită măsură ipotetic și decurge direct din situațiile conflictuale și plângerile descrise de pacient.

Noi plecăm implicit de la premisa că un conflict are caracter psihosocial și că se referă la anumite persoane de referință. Această concepție este opusă celei orientată individual, conform căreia conflictele nevrotice apar într-un om exclusiv în baza structurilor sale caracteriale. Modelul conflictual psihosocial pare să își atingă limitele atunci când pacientul este necăsătorit, nu pare să aibă nici un fel de relații de prietenie și nemulțumirea sa se manifestă printr-un sentiment de autoinsuficiență. Dar și aici avem de-a face cu o situație partenerială. Partenerul de conflict implicat aici se află fie în domeniile de activitate ale pacientului (de ex. șef sau colegi de serviciu), fie în partenerii imaginari, care îi reprezintă de exemplu pe părinți de-a lungul vieții lor. Într-un astfel de caz, IAD-ul se referă la partenerul de conflict „tata“, respectiv „mama“, chiar dacă aceștia se întâmplă să nu mai fie în viață.

Într-un conflict pot fi implicate și alte persoane de referință din trecut, cum este cazul pacienților divorțați cu foștii lor parteneri de căsătorie; în cazul pacienților care au pierdut o persoană de referință prin moarte sau despărțire, aceasta poate deveni partener de conflict. În cazuri speciale pacientul însuși se poate transforma în propriul său partener de conflict. El compară atunci autoevaluarea sa cu imaginea pe care o are asupra propriei persoane. IAD-ul poate fi completat și împreună cu partenerul de conflict, fiecare din persoanele implicate caracterizându-se pe sine însăși și pe cealaltă persoană. Acest lucru face posibilă o anumită obiectivare, dar cel puțin un punct de vedere intersubiectiv. În acest fel pot fi descoperite anumite neînțelegeri care apar datorită faptului că un partener îi atribuie celuilalt o anumită părere pe care acesta totuși nu o susține.

Cu ajutorul IAD-ului poate fi descris, pe lângă conflictul actual, și conflictul de bază. Datorită importanței pe care o au în procesul de socializare persoanele primare de referință (tată, mamă, frați/surori), se întreabă ce valoare au în ochii pacientului aceste persoane în general sau referitor la evenimente concrete anterioare legate de capacitățile actuale.

Doamna Ute S. a realizat, prin intermediul IAD referitor la conflictul de bază, următoarele:

Inventarul analitico-diferențial (prescurtat IAD) al Doamnei Ute S, raportat la conflictul de bază

Capacitățile actuale	Eu	Mama	Tata	Enunțuri spontane
Punctualitate	+ + +	+ + +	+ + +	Copil fiind, punctualitatea era la noi în casă literă de lege. De exemplu mâncam zilnic la aceeași oră. Trebuia să se întâmple ceva ieșit din comun ca să mâncăm mai devreme sau mai târziu. Când mama mea se ducea la cumpărături sau avea ceva de rezolvat, spunea când se întoarce și mă puteam baza întotdeauna pe acest lucru. La fel era și invers. La școală am fost mereu punctuală, mai degrabă ajungeam mai devreme decât mai târziu. Dintotdeauna m-am trezit înaintea ceasului deșteptător și încerc să mă duc devreme la culcare, pentru a nu întârzia dimineața. Întotdeauna ajungeam prea devreme la întâlniri...
Curățenie	+ +	+	+	Întotdeauna trebuia să fim îmbrăcați curat. Acasă, toată familia folosea un singur prosop pentru mâini. Încă de când eram copil acest lucru mi se părea îngrozitor. Azi folosesc o serie întreagă de prosoape de corp, câte unul pentru fiecare parte a corpului…
Ordine	+	+ + +	+	Mama mea are o obsesie în toată regula legată de ordine. Și tata suferea de pe urma ei. E atât de ordonată încât nu îți vine să crezi. Împachetează până și obiecte din viața de zi cu zi în folii și le păstrează în dulap...
Supunere	+ +	+ +	+ + +	O da, tatăl meu era foarte atent la asta și întotdeauna a fost mândru de fata lui cea cuminte.
Politețe	+ + +	+ +	+ +	Amândoi părinții puneau accent pe conduita noastră, și eu trebuia să fac mereu o reverență. La masă nu aveau voie să vorbească decât părinții și noi aveam voie să vorbim în general numai atunci când eram întrebați ceva.

Sinceritate	+	+ -	+ +	Tatăl meu spunea întotdeauna ce gândea, în timp ce mama mea când așa, când așa. Am sentimentul că mama este cam ipocrită și totuși făcea ditamai scandalul dacă mă prindea că o mint…
Fidelitate	+ +	+ + +	+ +	Chiar dacă s-a întâmplat poate ca părinții mei să fie infideli unul față de celălalt, noi nu am remarcat asta niciodată. Mama însă mi-a povestit mereu că bărbații se gândesc numai la sex și că trebuie să îmi găsesc bărbatul potrivit, adică fidel. În rest accentua mereu foarte mândră că de femeie depinde dacă soțul îi este fidel sau nu...
Dreptate	+ +	+ + +	+ + +	Părinții mei erau amândoi atât de corecți, că nu mai puteam să suport. Sora mea și cu mine trebuia să purtăm aceleași rochii pentru a vedea că nici una din noi nu este favorizată.
Hărnicie/ Performanță	+ +	+ +	+ +	Mereu trebuia să ajut în bucătărie. Dar nimeni nu mă ajuta la teme. Dar ferească Dumnezeu să fi venit cu o notă proastă acasă. Mi-ar fi plăcut să susțin capacitatea sau bacalaureatul. Dar părinții mei nu puteau să înțeleagă acest lucru. Și azi aud încă: Ia seama să câștigi bani, o fată nu are nevoie de bacalaureat…
Chibzuință	+	+ + +	+ + +	Poate că exista din cauza războiului. Părinții mei erau incredibil de chibzuiți. Fiecare pfennig era întors pe toate părțile. Nu existau bani de buzunar. De aceea am fost chiar bucuroasă să îmi câștig în sfârșit propriii bani, chiar dacă trebuia să dau o parte din ei în casă…
Seriozitate	+ +	+ +	+ +	Puteam să mă bazez în special pe tatăl meu...
Răbdare	-	+ -	+ -	Cu siguranță puteau să fie răbdători. Dar nu mereu. Dacă întârziam de la școală, mă așteptau toți trei cu mâncarea pe masă. Tatăl meu se uita la mine cu o privire plină re reproș și bătea monoton cu lingura în farfurie. Asta mă enerva teribil...
Timp	+ +	-	-	Părinții mei aveau de fapt rareori timp pentru mine. Fiecare se ocupa în primul rând de treburile lui. Mama de gospodărie, tata de profesie și de fotbal. Întotdeauna mi-am dorit ca părinții mei să fi avut timp numai și numai pentru mine…
Încredere/ Speranță	-	+ -	+	Dacă aveam încredere în cineva, acela era tatăl meu.

Contact	-	-	+ +	Tatăl meu avea mulți prieteni de la fotbal. Ieșea cu ei adesea în baruri. Însă nu îi putea aduce niciodată acasă. Mama era complet împotrivă, își păzea apartamentul ca pe un tezaur. Nici eu nu aveam voie să invit copii la mine. Poate că acesta este și motivul pentru care nu aveam deloc prieteni de joacă.
Sex/ Sexualitate	+ -	+	+	Nu am asistat la nimic de acest gen legat de părinții mei. De fapt, ei erau chiar foarte zgârciți cu afecțiunea, cel puțin în fața noastră. Nu am vorbit niciodată cu părinții mei despre sexualitate. Acest rol l-au preluat prietenele mele mai mari.
Credință/ Religie/ Viziune asupra lumii	+	+	+	Părinții mei mergeau regulat la biserică și când eram mică mama spunea cu mine rugăciuni de noapte bună, dar în rest nu prea se discuta la noi în casă despre religie.

Acest IAD îndreptat către conflictul de bază reflectă trăirile și impresiile subiective ale pacientei, care se învârtesc în jurul experiențelor ei de viață anterioare și al mediului ei familial. Prin ele sunt atinse capacitățile actuale, fiecare cu povestea ei proprie. Datorită ei poate fi reprezentată, înțeleasă și simțită configurarea momentană a modelului capacităților actuale ale pacientei.

Funcțiile IAD

IAD explorează în mod sistematic situația conflictuală. Există indicii diagnostico-diferențiale. El servește clarificării părților psihosociale ale etiologiei. Ajută la recunoașterea caracterului psihosocial al unei situații conflictuale. Funcționează ca ajutor de decizie în alegerea strategiei terapeutice. IAD poate fi folosit ca fundament al unui dialog terapeutic, chiar și în practica nepsihoterapeutică. Poate servi ca bază pentru o psihoterapie centrată pe conflict. Oferă date pentru medicina preventivă, precum și pentru psihoigienă și postterapie. IAD poate servi și drept instrument în verificarea succesului terapeutic. Atunci IAD va fi completat, pentru a se realiza o comparație, și la finalul terapiei. Investigarea diferențială a potențialelor conflictuale oferă posibilitatea de a controla mai bine „efectul hello-good-bye“, care este bazat pur și simplu pe faptul că pacientul are la începutul terapiei o poziție încă sinceră vizavi de problemele sale, „mimând“ însă la sfârșitul terapiei, din politețe și pentru a nu-și răni terapeutul, o ameliorare a situației sale de sănătate. IAD reprezintă un demers explorativ, care își găsește aplicabilitatea atât în cadrul psihoterapeutic, cât și în cel nepsihoterapeu-

tic, în consilierea psihologică și în autoajutor. IAD poate fi completat și de către partenerul implicat în conflict. Astfel pot fi cercetate de neînțelegeri latente și obiectivate evaluările cu privire la aceleași capacități actuale.

Tematizarea potențialelor conflictuale: Se pune acum problema referitoare la introducerea în problematica propriu-zisă; ea nu este anticipată teoretic, ci clarificată în relația dintre terapeut și pacient.

Terapeutul: „Tocmai am văzut că aveți în domenii diferite anumite probleme cu dumneavoastră înșivă și cu partenerul dumneavostră. Acum vrem să vedem pe care din aceste probleme o considerați a fi cea mai importantă."

Pentru a o ajuta pe pacientă, pot fi enumerate domeniile de comportament încărcate conflictual. Pacienta realizează o apreciere a valorii conflictuale a capacităților actuale. Nu vor fi strânse astfel date obiective și valabile pentru totdeauna, ci informațiile direct relevante pentru pacientă aici și acum. Conform inventarului analitico-diferențial, puteau fi considerate ca fiind încărcate conflictual următoarele capacități actuale: *„punctualitate"*, *„ordine"*, *„politețe"*, *„sinceritate"*, *„seriozitate"*, *„răbdare"*, *„timp"*, *„încredere/speranță"* și *„sexualitate"*.

Pacienta a fost de părere că principalele domenii conflictuale aveau de-a face cu *„punctualitatea"*, *„ordinea"* și *„sexualitatea"*. Alegerea a trei capacități actuale drept potențiale conflictuale tematizate servește (a) *stabilirii ierarhiei subiective de evaluare*, (b) *reprezentării sferei conflictuale actuale*, (c) *drept introducere în problematica pacientei.*

Alegerea a numai trei capacități actuale are preponderent motive didactice. Dacă s-ar face referire în același timp la toate capacitățile actuale încărcate conflictual, acest lucru ar duce la o suprasolicitare a pacientului. Dacă vor fi extrase numai potențialele conflictuale tematice, vor fi cuprinse implicit și celelalte potențiale conflictuale, din cauza întrepătrunderii capacităților actuale. De aceea, tematizarea „seriozității" și a „răbdării" va fi aici de prisos, din moment ce ambele capacități actuale se referă în acest caz aproape exclusiv la „punctualitate". Potențialele conflictuale tematice reprezintă puncte de legătură din interiorul primului interviu pentru o eventuală terapie ulterioară.

Capacitățile de bază și mijloacele lor

IAD se ocupă de capacitățile actuale mai mult sau mai puțin încărcate conflictual din sfera trăirilor unui om. El mijlocește un model de norme psihosociale, care schițează personalitatea individuală, atitudinile, așteptările și stilurile de comportament cu privire la situațiile conflictuale interne și externe.

În același timp, IAD oferă sprijin în evaluarea domeniului emoțional (capacitatea de iubire) și a celui legat de competențe (capacitatea de cunoaștere). Aceste constatări pot fi aprofundate prin examinarea mediilor capacităților de iubire și de cunoaștere.

Mijloacele capacității de iubire

Pentru a înțelege o situație conflictuală, este necesară înțelegerea elementelor care au generat-o și a conceptelor implicate în ea. Dezvoltarea personalității este determinată în mod decisiv de relațiile sociale ale individului, care trebuie deci luate în considerare. S-a dovedit a fi favorabilă analizarea, cu ajutorul mijloacelor capacității de iubire, a acelor factori care determină favorizarea anumitor relații sociale și respingerea altora. Informațiile relevante se referă la:

Relația persoanelor de referință (părinți) și a fraților (și a prietenilor de joacă de aceeași vârstă) cu copilul (Eu);

Relația părinților unul cu celălalt (Tu);

Relația părinților cu mediul înconjurător (Noi);

Relația părinților cu religia/viziunea asupra lumii (Noi originar).

Felul în care este ridicată problema mediilor capacității de iubire poate varia de la persoană la persoană, însă trebuie să rămână în cadrul primului interviu. O tratare mai amănunțită a problemelor apărute în acest context poate fi efectuată în cadrul unei eventuale terapii ulterioare.

Relația părinților cu pacienta (Doamna Ute S.):

Terapeutul: „Care dintre părinții dumneavoastră era mai răbdător, care se enerva mai repede? Care din ei avea mai mult timp pentru dumneavoastră (tatăl sau mama)? Pe care din ei l-ați considerat drept model?"

Pacienta: „Mama mea avea puțin timp pentru mine când eram copil și poate de aceea nici nu avea deloc răbdare cu mine. Aveam cumva senzația ca mama nu îmi înțelege grijile și problemele. Tata era mai răbdător, atunci când se ocupa de mine. Dar acest lucru se întâmpla rar. Mama mă iubea și îmi spunea că mi-ar oferi orice. Dar nu înțelegea că iubirea înseamnă mai mult decât atât și mă făcea nerecunoscătoare dacă îi spuneam aceste lucruri. Chiar dacă noi amândouă, eu și sora mea adică, primeam poate prea puțin de la părinții noștri, azi mi se pare adesea că am fost favorizată în fața surorii mele mai mari. Chiar și azi mai apar încă o groază de tensiuni între mine și ea."

Relația părinților unul cu celălalt

Terapeutul: „Părinții dumneavoastră se înțelegeau bine? L-a înșelat vreunul pe celălalt?"

Pacienta: „Din câte știu eu, erau sinceri unul față de celălalt. Nu știu nimic legat de chestiunea cu înșelatul. Dacă există o căsătorie rațională, atunci aceea era cea dintre părinții mei. Dumnezeule, erau incredibili de raționali! Nu îmi pot aminti să se fi certat vreodată. În afară de familie, nu aveau alte interese comune și nu îmi pot aminti să fi discutat vreodată cu patimă despre o anumită temă. Nici legat de chestiuni de educație nu existau discuții. Erau însă de acord cu un lucru, și anume să mâncăm toți la anumite ore și nimeni să nu aibă voie să lipsească."

Relația părinților cu mediul:

Terapeutul: „Care dintre părinți era mai sociabil? Cine voia să invite musafiri acasă?"

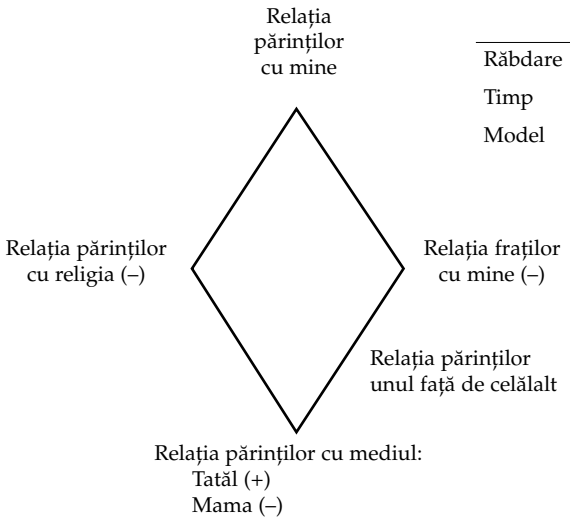
Pacienta: „Mama trăia retrasă, nici măcar la cumpărături nu se ducea cu plăcere. Nu voia să fie văzută de nimeni. Avea puțin contact cu vecinii, nici o prietenă, numai câteva cunoștințe. Nu se implica în nimic din ce se întâmpla în afara casei ei. Nu mergea la cinema și ocolea fiecare sărbătoare. Tatăl meu dimpotrivă, căuta mai degrabă contactul cu lumea exterioară. El avea câteva cunoștințe cu care împărtășea aceleași hobbyuri. Duminica se ducea singur la prietenii lui. Uneori mă lua și pe mine sau pe sora mea cu el. Mama nu voia niciodată să meargă. L-ar fi legat cu cea mai mare plăcere în casă. Ea explica mereu că are destule de făcut în casă și de aceea nu are timp să iasă. De aceea nu e de mirare că nu aveam niciodată musafiri în casă; foarte rar venea cineva pe la noi."

Relația părinților cu religia:

Terapeutul: „Care dintre părinții dumneavoastră era mai religios?"

Pacienta: „Părinții mei au pretins întotdeauna de la mine să merg la biserică. Când eram mică, mama se ruga seara cu mine. Dacă mă gândesc însă serios, părinții mei erau religioși numai din punct de vedere formal. S-au căsătorit în biserică, mergeau duminica la slujbă, și la înmormântări trebuia chemat un preot, pentru că așa se obișnuia."

În modelul mediilor capacității de iubire, evaluările sunt notate cu (+) sau (-). (+) exprimă o relație preponderent pozitivă, (-) o relație preponderent încărcată de tensiuni și de respingere. Pentru cazurile de indiferență, a fost păstrată însemnarea (+ -). Relația părinților cu pacienta va fi reprezentată prin aprecierea devotamentului lor în relație cu dimensiunile *„răbdare"*, *„timp"* și *„model"*. A fost păstrată următoarea schemă cu privire la ilustrarea mediilor capacității de iubire:


Relația părinților cu mine
Relația părinților cu religia (–)
Relația fraților cu mine (–)
Relația părinților unul față de celălalt
Relația părinților cu mediul:
Tatăl (+)
Mama (–)

	Mama	Tatăl
Răbdare	–	+
Timp	– –	– –
Model	+	+

Schema mediilor capacității de iubire (pacientă în vârstă de 32 de ani)

Mijloacele capacității de cunoaștere

Mijloacele capacității de cunoaștere descriu instrumente caracteristice diferitelor stiluri individuale de relații cu realitatea și cu prelucrarea conflictelor. Ele pot fi luate în considerare în două forme: (a) ca atitudini față de fiecare mediu în parte, caz în care contează evaluarea pe care o au în cadrul conceptului asupra sinelui al pacientului:

„La ce îmi folosește să fiu mângâiat și la ce bun tandrețurile? Pentru mine e important să am succes și să îmi păstrez capul limpede." „Pot să aud și să văd și de o sută de ori că acest bărbat e căsătorit și că nu mă iubește deloc. Mi-e indiferent. Pentru mine tot ce contează este numai imaginea și gândul legate de iubirea lui."

(b) ca puncte de vedere împărțite ale simptomatologiei, ce pot fi interpretate parțial ca tulburări ale mijloacelor capacității de cunoaștere. Astfel, tulburările de somn, lipsa de poftă de mâncare, durerile organice, iritabilitatea, apetitul necontrolat, lipsa de vitalitate, respingerea sexuală, oboseala, durerea fizică, lipsa de mișcare, halucinațiile acustice și optice, reprezentările ipohondre precum și tulburările de percepție, tulburările hormonale, sau ale afectivității pot fi considerate simptome în domeniul *simțurilor.* Tulburările de gândire, incapacitatea de luare a deciziilor, tendința de raționalizare, meditația, gândurile obse-

sionale, lipsa unei legături cu realitatea etc. se referă din acest punct de vedere la *rațiune.* Fixațiile, prejudecățile, stereotipiile, fanatismul, lipsa de judecată, frica de realitate, sentimentele de ură, sentimentele de culpabilitate și unilateralitățile se află în relație cu *tradiția.* Fantezia ieșită din comun, îndepărtarea de realitate, fanteziile suicidale, reprezentările sexuale, temerile, ideile fixe și mania persecuției pot fi atribuite mijloacelor *intuiției.*

În mod corespunzător, pot fi clarificate apoi punctele de vedere referitoare la mijloacele capacității de cunoaștere, precum și relevanța pe care o au acestea în cadrul bolilor. Se va verifica în care dintre domenii prezintă pacientul cele mai multe tulburări. Indicii interesante din punct de vedere terapeutic asupra genezei punctelor de vedere a acestor categorii și a importanței lor în cadrul simptomatologiei pot fi obținute prin intermediul conflictului de bază:

Mijlocul simțurilor:

Terapeutul: „Cine s-a ocupat fizic mai mult de dumneavoastră, mama sau tatăl? Cum este relația dumneavoastră cu propriul corp? Ce fel de relație are partenerul dumneavoastră cu corpul său?“

Pacienta în vârstă de 32 de ani, Ute S., răspunse la aceste întrebări orientative:

Pacienta: „Nu îmi pot aminti ca tatăl sau mama mea să fi fost tandri cu mine. Ei erau atenți ca toți să aibă ce mânca. Dacă nu voiam să mănânc o dată, mă certau, spunându-mi că nu e bine să fiu slabă ca un băț. Îmi amintesc chiar de seara în care am ajuns acasă prea târziu și a trebuit să mă bag în pat fără să fi mâncat nimic…

Odată am fost prinsă de mama în timp ce mă jucam „acolo jos“. Mama a început imediat să țipe la mine că nu am voie să fac așa ceva și mi-a dat peste degete… Mai târziu m-am jucat numai pe ascuns cu organele mele genitale. Și chiar și atunci îmi era foarte frică ca mama să nu mă vadă cumva… Soțul meu se simte împlinit numai atunci când îi stă dreaptă cravata. Am senzația că și-ar dori să aibă ceva mai mulți mușchi. Mie îmi reproșează din când în când că am sânii prea mici…“

Mijlocul rațiunii:

Terapeutul: „Cu cine puteați vorbi despre întrebările și problemele dumneavoastră?

Pacienta: „Atunci când mama avea timp, puteam să vorbesc și cu ea despre diferite lucruri. Mai târziu asta a devenit o problemă. Dacă venea vorba de băieți sau dacă îi spuneam că vreau să rămân mai mult în oraș, se înfuria imediat și țipa la mine. Am și renunțat în curând să argumentez obiectiv, oricum nu avea nici un sens… Notele slabe erau o adevărată dramă acasă. Dacă veneam acasă cu o notă slabă, eram considerată proasta familiei. De aceea, le povesteam părinților mei mai degrabă despre orice altceva decât despre notele mele proaste… Mi-am impus să le explic copiilor mei de ce este ceva interzis sau de ce trebuie să facă ceva, dar nu reușesc să rămân obiectivă mult timp. Ajung repede la capătul răbdărilor și în loc de a le explica, țip la ei: Trebuie să faceți asta și gata… Soțului meu i se pare uneori că e un calculator. El încearcă să argumenteze totul foarte exact și să nu facă nimic înainte să știe de ce face acel lucru. Este cel mai mare planificator pe care îl cunosc. I-ar plăcea să planifice și actul sexual și orgasmul dacă ar putea. Mie îmi spune că sunt femeie și de aceea nu pot să gândesc logic…“

Mijlocul tradiției:

Terapeutul: „Cine vă citea sau spunea povești?“

Pacienta: „Părinții mei nu aveau deloc timp să îmi spună povești. Și cred că nici nu se pricepeau. În loc de asta, mi-am inventat singură cele mai aventuroase povești… Părinții mei au ținut întotdeauna cont de tradiție. Fiecare al doilea cuvânt era: pe vremea noastră nu era așa… Dacă vreți, se poate spune că aveam o tradiție familială proprie și că ea se numea „punctualitate“. Tatăl meu îmi povestea mereu cât de punctual era tatăl său. Dacă stau să mă gândesc la un asemenea om-robot, mi se face rău imediat. Deși eu însămi pun totuși mare preț pe „punctualitate“… În general, pentru soțul meu nu prea contează tradiția. Dar mama lui a făcut mereu totul mai bine decât mine. Dacă poate fi vorba de o tradiție în cazul lui, atunci este ceea ce a făcut mama lui. Cred că asta e mai important pentru el decât o carte de legi…“

Mijlocul intuiției:

Terapeutul: „Cui îi puteați povesti ideile și fanteziile dumneavoastră?“

Pacienta: „Mi le spuneam mie însămi. Părinții mei nu mă ascultau. Dar în fanteziile mele îmi imaginam că fiecare trebuie să mă asculte. Am inventat atunci cele mai frumoase povești, în care eram prințesă. Totul se învârtea în jurul meu. În fantezie îmi putea îndeplini toate dorințele..Și mai târziu fantezia a fost foarte importantă pentru mine. Mi-am imaginat că mă iubește un bărbat extraordinar și că aș putea avea orice prieten aș vrea. Si azi mi se întâmplă să visez cu plăcere, de exemplu în legătură cu soțul meu care mă înțelege și care e foarte tandru cu mine și care nu mă lasă să îl aștept…Adesea m-am transpus cu totul în adevărate vise cu ochii deschiși, și tocmai atunci soțul meu, care era culcat lângă mine, începea să sforăie. În acel moment visul meu se spărgea precum un balon de săpun…Soțul meu consideră prostii tot ce are legătura cu fantezia și nu ține de drumul drept al rațiunii. Dacă ar afla ce gânduri am eu, fie nu m-ar înțelege, fie m-ar considera o visătoare…“

Inconștientul

Terapeutul: „Vi se întâmplă adesea să vă enervați după ce ați făcut un anumit lucru? Visați câteodată?“

Pacienta: „O, da! Câteodată chiar nu mă mai pot suporta din această cauză. De exemplu, atunci când țip la copiii mei fără ca ei să fi făcut ceva rău. După aceea îmi fac cele mai mari reproșuri cu putință. Cred ca uneori sunt total nepotrivită să cresc copii. Încerc să îmi păstrez controlul și atunci când mă apucă atacurile de panică, dar cum întârzie din nou soțul meu, cum apar și nu mai pot face nimic să le opresc. Se întâmplă ceva în mine asupra căruia nu am, cu toată voința mea, nici o influență. În ultimul timp am vise îngrozitoare. Mi-e și frică seara să mai adorm.“

Domeniile trăirilor și evaluările subiective sunt redate, pentru pacientă și pentru persoanele ei de referință, printr-o schemă sinoptică. Inconștientul are aici o pondere deosebită și este luat în considerare, din punct de vedere calitativ, pe rând cu privire la medii, la capacitățile actuale, la neînțelegeri și la concepte.

Persoane	Simțuri	Rațiune	Tradiție	Intuiție
Mama	-	-	+	-
Tata	-	-	+	-
Pacienta	+ -	+ -	+ -	+
Soț	+ -	+	+ -	-

Schemă sinoptică referitoare la mediile capacității de cunoaștere ale unei paciente în vârstă de 32 de ani

Aprecierile din schema sinoptică nu reprezintă date obiective, ci o impresie în care intră diferite elemente: (a) răspunsurile pacientei la fiecare dintre întrebări, (b) enunțurile pe care pacienta le-a exprimat deja în alte discuții referitoare la tema în cauză, și (c) impresia de ansamblu a terapeutului. Diferențierea normelor psihosociale și a dimensiunilor evolutive implicate în medii facilitează delimitarea situației individuale unice și a personalității pacientului, împiedicând astfel fixațiile cu privire la domeniile conflictuale favorizate din punct de vedere tradițional. În locul unui atac frontal asupra simptomului central presupus, este urmată o strategie terapeutică diferențială. Cu alte cuvinte:

Nu terapeutul este cel care hotărăște dacă în prim-plan se află conflictul social, sexualitatea, sentimentul stimei de sine sau religiozitatea, ci situația conflictuală a pacientului.

Schema sinoptică a mediilor capacității de cunoaștere permite diferite concluzii diagnostice:

1. Atitudinea și istoria de învățare cu privire la fiecare mediu în parte devin transparente.

2. Relația existentă între medii oferă indicii asupra tipurilor de reacție și de rezolvare a problemelor de față.

3. Tipul favorizat de rezolvare a problemelor oferă indicii asupra dispozițiilor conflictuale deosebite.

Astfel, devine posibilă o diagnosticare multiplă:

a) Poate fi cuprins tipul de reacție (tip naiv-primar, secundar și tipul legăturii duble). Pentru tipul naiv-primar, indicatorul îl reprezintă o puternică accentuare a mijlocului simțurilor, intuiției și parțial și al tradiției; tipul secundar este caracterizat de o supraaccentuare a rațiunii; tipul legăturii duble prezintă o evaluare indiferentă în multitudinea de medii, însă favorizează din când în când unele din aceste medii.

b) Datorită evaluării făcute de pacient asupra sa și a partenerului, dar și a partenerului asupra propriei sale persoane, pot fi stabilite neînțelegerile fundamentale, adică cele care se referă la premisele comunicării.

c) De aici rezultă posibilitățile începerii terapiei. Acest început poate fi „dozat“ conform fiecărui caz în parte.

Rezumat: Capacitățile actuale și mediile capacităților de bază nu trebuie să fie neapărat chestionate unele după altele. Deoarece conținutul semnificativ al capacităților actuale se întretaie cu cel al mediilor, acestea sunt cuprinse în cadrul IAD. Mediile se adaptează organic în contextul capacităților actuale. Mediile capacității de iubire pot fi considerate specificități ale capacităților actuale „contact“, „sexualitate“ și „credință“.

Exemplu: Care dintre dumneavoastră este mai sociabil? Vă descurcați de unul singur? Vă simțiți bine în compania partenerului dumneavoastră? Vă simțiți bine în compania altor oameni și grupuri? Dezbateți chestiuni legate de religii și perspectivă asupra lumii?

Mediile capacității de cunoaștere se află în apropierea capacităților secundare. Mijlocul simțurilor și cel al rațiunii pot fi luate în considerare în cadrul capacității actuale hărnicie/performanță, caz în care în special aspectul genetic — Joc, bucurie în desfășurarea activității — câștigă în importanță ca stadiu preliminar al competenței. Și intuiția poate fi de asemenea abordată prin intermediul jocului și al activității ludice.

Exemplu: Care dintre dumneavoastră pune mai mult preț pe hărnicie/performanță? Va-ți jucat mult în copilărie? Cu ce vă plăcea cel mai

mult să vă jucați? Cu corpul dumneavoastră, cu păpuși, cu jucării tehnice, în situații legate de fantezie sau mai degrabă din punctul de vedere sportiv al comparației cu prietenii de joacă sau cu frații?

Capacitatea actuală care cuprinde cel mai bine ceea ce în general este denumit sub termenul de factori tradiționali, este capacitatea actuală „politețe".

Exemplu: Care dintre dumneavoastră pune mai mult preț pe politețe? Ce importanță acordați dumneavoastră înșivă politeții? Acceptați conținuturile tradiției?

Atunci când pacientul este întrebat cu privire la sinceritate/francheță, articulare a nevoilor și reprezentărilor sale, în imediata apropiere se află întrebarea privitoare la mediul intuiției și al fanteziei.

Exemplu: Care dintre dumneavoastră pune mai mult preț pe sinceritate și francheță? Vă imaginați adesea lucruri pe care preferați să nu le spuneți celorlalți? De ce anume sunteți preocupat în fantezia dumneavoastră?

Întrebările redate aici sunt numai exemple care pot fi completate sau înlocuite prin alte întrebări referitoare la medii și la capacitățile actuale, la fel cum sunt posibile și modificări situative.

Dacă în completarea IAD-ului sunt oferite puncte de legătură pentru mijloace sau alte capacități actuale, nimic nu se opune utilizării lor. Un astfel de demers este, în cadrul primului interviu, în orice caz preferabil unuia în care întrebările sunt adresate în mod rigid și mecanic, având loc repetiții deranjante. Dacă de exemplu pacientul abordează și religia și perspectiva asupra lumii vorbind despre „sexualitate", acest lucru poate fi folosit ca introducere în temele „religie" și „noi–originar". Datele aflate vor fi rezumate și evaluate de către terapeut. Pe această cale se formează un tablou cuprinzător al situației conflictuale a pacientului, în care este cuprins un număr mare de informații diferite. Procedeul nu trebuie să fie considerat un test obiectiv în ceea ce privește multitudinea de date, care conține și factori situativi, și adresarea importantă din punct de vedere terapeutic. Un procedeu standardizat derivat din analiza diferențială ar putea avea o altă valoare.

Detașare/Integrare

În ultima parte a interviului, terapeutul concentrează într-o diagnoză unitară informațiile și diagnosticele ipotetice tacit stabilite până în acel moment (integrare). Această diagnoză nu are în primul rând funcția unei etichete, ci servește ca decizie pentru următoarele măsuri și modificări individuale apărute în urma primului interviu. Totuși, această diagnoză nu încheie primul interviu. Mai degrabă se instalează un alt

proces care trece dincolo de sfârșitul ședinței. Pacientul se desparte de terapeut, și invers. Această despărțire nu se produce abia la finalul unei terapii de lungă-durată, ci deja după primul interviu. Timpul dintre această ședință și perioada de după ea nu reprezintă un vaccum terapeutic, așa cum mulți cred, ci mai degrabă un sol încă nearat, dar foarte rodnic, care poate fi inclus în mai multe feluri și în intenția terapeutică pe care o posedă primul interviu. Procesul de decizie diagnostică al psihoterapeutului formează baza pentru secțiunea integrare-detașare. Se oferă astfel, drept consecință a diagnosticii stabilitate, următoarele modalități de acțiune:

O terapie pare a fi necesară și va fi avută în vedere ca procedură favorabilă.

Premisa unei terapii pare nefavorabilă pentru moment, din diferite motive (atitudinea pacientului, situația sa momentană exterioară, lipsa de motivație a mediului său).

Tratamentul psihoterapeutic nu urmează primul interviu, ci este amânat pe termen nedeterminat. În loc unei psihoterapii poate fi începută firește în anumite condiții o terapie medicamentoasă sau un program de autoajutor. Acesta poate fi sprijinit în mod eficient cu ajutorul unei cărți potrivite sau al unui program comportamental.

Trebuie decis dacă terapeutul însuși se simte în stare să conducă psihoterapia sau dacă nu este cumva mai potrivit să trimită pacientul unui alt psihoterapeut. Motive pentru această decizie pot fi: suprasolicitarea terapeutului analizator, o eventuală antipatie a pacientului față de terapeutul analizator, care ar îngreuna o terapie ulterioară, și o eventuală antipatie și nesiguranță a terapeutului vizavi de pacient, care de asemenea ar constitui o îngreunare suplimentară pentru ambele părți.

În continuare este interesat de a obține informații în legătură cu obiectivul pe care pacientul îl urmărește cu terapia. Pura dorință de vindecare nu este adesea singurul motor. Aici mai joacă un rol și dacă pacientul caută în terapeut un aliat, în lupta sa contra partenerului de căsătorie, împotriva asigurărilor sau dacă are nevoie numai de o confirmare că nu mai poate fi ajutat; sau dorește să își dovedească sieși și partenerului că el este cel sănătos, celălalt fiind cel bolnav sau labil, adică cel vinovat.

În cele din urmă poate fi luată în considerare și posibilitatea ca terapeutul să nu se fi specializat pe tabloul simptomatic al pacientului și să nu se simtă prin urmare suficient de competent, respectiv să nu dispună de metodele necesare de care are nevoie pacientul aflat într-o situație deosebită.

Se începe o terapie într-o clinică psihoterapeutică sau psihosomatică în cazul în care pacientul se află în pericol de a se sinucide. Trebuie

luat în considerare un transfer într-o clinică si atunci când anturajul de zi cu zi al pacientului constituie o povară grea pentru acesta, căruia el nu îi poate face față din cauza capacității sale reduse de rezistență.

O întrebare care necesită mult tact din partea terapeutului este cea legată de urgentarea psihoterapiei. În general ar fi favorabil ca terapia să nu fie amânată prea mult timp. Totuși, pot exista și lungi liste de așteptare. Însă necesitatea introducerii listelor de așteptare nu trebuie să devină un principiu generalizat. De exemplu, în cazul unui pacient cu gânduri suicidale nu se poate amâna începutul terapiei prea mult, astfel încât pacientul să nu ajungă un caz al medicinei de urgență sau al patologiei. Nici conflictele din relația de cuplu nu trebuie amânate prea mult, ca pacientul să fie nevoit să consulte apoi avocatul de divorț în locul terapeutului.

O decizie esențială din punct de vedere diagnostic o constituie alegerea strategiei terapeutice: Care din tipurile de abordări existente este cea mai potrivită, conform personalității pacientului, a situației sale conflictuale speciale, motivației sale vizavi de psihoterapie și disponibilității și capacității sale de colaborare? La dispoziție se află în principiu tehnicile tuturor metodelor psihoterapeutice, a căror eficacitate este asigurată din punct de vedere științific, sau cel puțin testată practic. Aceste tehnici vor fi folosite în cadrul demersului analitico-diferențial în mai multe trepte.

În cazuri speciale, vor fi puse în balanță cheltuielile și posibilitățile unei psihoterapii. Nu în cazul fiecărui pacient este potrivită intervenția psihoterapeutică de lungă durată; alți pacienți dimpotrivă, au nevoie de o susținere terapeutică întinsă din punct de vedere temporal. Adesea și o terapie relativ scurtă, ba chiar și numai contactul terapeutic inclus în primul interviu se dovedește a fi suficient.

Trebuie alcătuite observații prognostice, pentru a pune în relație cel puțin aproximativ costurile terapiei cu obiectivul terapeutic stabilit. Obiectivul terapiei poate fi vindecarea, adică remisiune completă a simptomelor și o stabilitate vizavi de noile situații conflictuale apărute; ea se poate limita însă și la o remisiune socială, care să permită de exemplu pacientului să trăiască în continuare netulburat în anturajul său social. Obiectivul terapeutic poate fi și reducerea suferinței pacientului, ba chiar împăcarea pacientului cu soarta necruțătoare. Astfel, psihoterapia poate fi folosită cu sens chiar și în cazul pacienților grav bolnavi.

Cu alte cuvinte: Diagnoza nu este obiectiv în sine, nici mijloc de a-ți expune autosuficiența științifică sau o încercare de a simula precizia acolo unde nu pot fi făcute decât presupuneri aproximative. Mai degrabă, noi vedem sarcina diagnozei în oferirea unor lămuriri inițiale legate de demersul optim ulterior.

Raportul intermediar rezumativ al terapeutului

În contextul educațional al pacientei predomina o situație a legăturii duble, în care ea a învățat normele de socializare prin mijlocul educațional al amenințării cu retragerea iubirii și chiar prin retragerea ei efectivă. Această observație era valabilă mai ales în cazul *„punctualității“*, care pentru părinți reprezenta o trăsătură a supunerii. Pacienta a dezvoltat o accentuare a „punctualității“, pe care a preluat-o în conceptul personalității sale. Modelul mamei, lipsa acesteia de „răbdare“ și comportamentul ei agresiv vizavi de „punctualitate“ au marcat-o pe pacientă. „Punctualitatea“ a devenit pentru ea un potențial conflictual permanent, actualizat în special prin comportamentul soțului. Această actualizare a reprezentat o situație conflictuală internă și externă, însoțită de o reacție de frică. Astfel, în legătură cu moartea tatălui, este de presupus o reacție de tristețe anormală. În mod evident, frica ei, existentă în aria „situațiilor legate de punctualitate“ (așteptarea soțului), făcea referire la domeniile fidelitate (frica de a fi înșelată, de a-și pierde partenerul, de a-i fi inferioară unei alte concurente) și încredere (periclitarea siguranței emoționale). „Punctualitatea“ servea drept riglă de măsură a sentimentului stimei de sine.

Din cauza problemelor legate de nepunctualitatea soțului, s-a ajuns la inhibiții și probleme ale stimei de sine. Conflictul a fost transferat asupra sexualității, care a servit într-o măsură esențială ca formă de manifestare. Nepunctualitatea soțului, resimțită ca apăsătoare și neliniștitoare, pare să fi influențat atitudinea pacientei în ceea ce privește „contactul“. Contactul este căutat aproape exclusiv cu „tu“-ul partenerului și cu copiii. Din informațiile obținute până acum, pare să nu existe, în afara familiei, legături trainice cu alte grupuri. Și relațiile cu propria familie și cu familia soțului sunt limitate în mod ambivalent. Pare că pacienta renunță la „eul“ ei în favoarea soțului și a copiilor. Această conturare a mediilor capacității de iubire este de înțeles, dat fiind modelul părinților.

Limitarea relațiilor sociale trimite la puternica accentuare a „punctualității“: Pacienta nu își poate împărți singură timpul și nu poate dezvolta interese alternative, cel puțin nu în situațiile în care soțul ei este nepunctual. Ea rămâne astfel fixată la nepunctualitate. Dezvoltarea a fost susținută de o „politețe“ puternic accentuată, în sensul unei reprimări a agresivității, care îngreunează manifestarea în exterior a conflictului (sinceritate). La polul opus, felul direct de a fi al soțului, francheța sa, nu sunt acceptabile în mod natural pentru pacientă; ea le percepe drept agresiune și „aroganță“ interzisă. „Ordinea“ pretinsă de către soț este resimțită de pacientă ca fiind neplăcută, amenințătoare și un ames-

tec nejustificat în domeniul responsabilităților sale. Aici se confruntă două concepte diferite privitoare la ordine. S-a ajuns la o contradicție, pe care cei doi parteneri nu au putut-o rezolva de la sine. Se poate ca un rol important să îl fi jucat și faptul că pacienta a resimțit „ordinea" ca fiind un domeniu în care se desfășurau confruntările cu soacra și mama ei și în care nu permitea nici o intervenție din exterior.

Tipul de reacție al pacientei și cel de rezolvare al problemelor lasă să se recunoască un tip al legăturii duble cu tendință către reacții naiv-primare. Mediile simțurilor, rațiunii și trdiției apar evaluate cu indiferență. Conform datelor de până acum, instrumentul favorizat în depășirea conflictului este „intuiția". Ea reprezintă pentru pacientă pe de o parte o încercare de autovindecare, cu ajutorul căreia sunt înlocuite la nivelul fanteziei devotamentul și confirmarea neexistente în realitate; în același timp însă, ea reprezintă și locul de amplasare al conflictelor, în special pentru că atrage după sine anumite forme de reacție (cufundarea în angoasă) și mecanisme de evadare (evadarea într-o lume fictivă).

Pentru a clarifica acest concept, trebuie analizată mai îndeaproape evaluarea mediilor capacității de cunoaștere de către soț; aceasta nu a fost discutată în cadrul primului interviu, ci într-una din ședințele ulterioare ale terapiei: mediul său favorit era „rațiunea", în conformitate cu evaluarea făcută și de soția sa. Ca terapeut, am avut impresia că soțul avea tendința de a raționaliza și că încerca să găsească legături logice pentru dificultățile apărute, pentru a nu se simți vulnerabil în fața lor și pentru a le putea controla mai bine. În mod complementar, el prezintă o atitudine sceptică față de intuiție, față de care are un sentiment de vădită neîncredere.

„Îi spun soției mele că visele sunt numai amăgiri. Într-un fel am senzația că soția mea are prea mult timp liber și că de aceea nu își controlează gândurile."

Conceptele pacientei: „Punctualitatea este pentru mine în același timp seriozitate, ordine și încredere!" „Când soțul meu întârzie, se poate să se fi întâmplat ceva (cine știe pe unde e; asociații: la o altă femeie, în spital, mort?)." „Întregul meu plan este dat peste cap." „Atunci când planul meu este dat peste cap, acel timp este pierdut pentru mine." „Deși știu că este absurd, atunci apar cu certitudine senzațiile mele de frică." (intuiția mai puternică decât rațiunea)

Conceptele soțului: „Visele sunt amăgiri." Aceste concepte sunt extrase, în calitatea lor de factori implicați în conflict, din multitudinea de concepte disponibile. Ele pot constitui o condiție în apariția unei tulburări, pot întări, ca raționalizări, tulburarea deja existentă sau pot stabili o anumită consonanță (care ajută la suportarea dezacordurilor) în contextul unor situații critice existente.

Neînțelegeri: În mediul social al pacientei există, după toate aparențele, o serie de neînțelegeri:

Relativitatea valorilor: Pacienta și soțul ei au concepții diferite în special asupra punctualității, ordinei și contactului.

Dimensiunea timpului: Structura afectivă a pacientei necesită o împărțire strictă a timpului. O tulburare a acestei ordini apare, dat fiind fundalul ei biografic, drept amenințare.

Soartă prestabilită și soartă condiționată: „Oricum nimic nu are sens. Sunt complet dată peste cap. Nu mă poate ajuta nimeni." Pe de altă parte, față de terapeut este ridicată pretenția: „Am atât de multă încredere în dumneavoastră și în psihoterapie. Așadar mă veți putea ajuta."

Considerații cu privire la începerea terapiei și la planul terapeutic

În cazul descris mai sus, odată cu puternica accentuare a „intuiției" s-a realizat și introducerea în terapia propriu-zisă. În primul rând, pacienta trebuia abordată prin prisma intuiției sale; ea avea nevoie de empatie, adică de capacitatea terapeutului de a se pune în situația ei, și de conștiința că va fi înțeleasă și în acele domenii față de care soțul ei nu era deschis. De aceea, pentru terapia ulterioară, a fost acceptat și dialogul despre vise și visele în stare de veghe, care păreau să o preocupe foarte mult pe pacientă.

Obiectivul metodei a fost în special atingerea unei platforme specifice terapiei conflictului și a simptomatologiei. În cazul soțului, care urma să fie și el implicat în cadrul unei terapii de cuplu, „rațiunea" era supraaccentuată în raport cu „intuiția". Un demers care ar fi inclus interpretarea viselor ar fi avut în cazul lui un efect contrar și ar fi dat naștere unor rezistențe suplimentare, cel puțin la începutul comunicării terapeutice. În cazul lui, mai favorabil părea, cel puțin pentru început, un dialog de consiliere.

Conform experiențelor mele, se poate constata în general că pacienții care preferă mijloacele intuiției și ale simțurilor necesită demersuri terapeutice nespecifice, bazate pe încredere și înțelegere. Lor le vine adesea în întâmpinare o formă de terapie în care de exemplu stau întinși pe canapea și produc asociații libere, putând să își urmărească tendințele regresive. Dimpotrivă, „tipul rațional" obiectiv, care în cele mai multe cazuri are și o voință puternică, este mai accesibil metodelor mai specializate, ca de exemplu terapia comportamentală și demersurile verbalizate. Aici pacientul poate sta așezat, în picioare, sau, în funcție de situație, el poate alerga de colo colo prin cabinetul terapeutic. Firește, terapeutul nu are voie să se lase înșelat de pacienții care în afară dovedesc un stil rațional, dar care ridică pretenții tacite legate de atașament.

Pacienții care sunt fixați rigid în mediul tradiției se adaptează în faza inițială a terapiei destul de bine în grupurile psihoterapeutice care într-o primă fază le oferă acea ocrotire de care s-au bucurat până atunci în sânul familiei și al grupurilor tradiționale extrafamiliale. Aceste măsuri vor fi folosite țintit în acel punct al psihoterapiei în care pacientul ia contact cu situația psihoterapeutică nouă lui și în care are nevoie de sentimentul de a fi acceptat de către terapeut în individualitatea sa, adică și din punctul de vedere al nevoilor sale. Cu toate acestea, psihoterapia oferă acestei ieșiri în întâmpinare a nevoilor pacientului suficient de multe posibilități de frustrare care pot fi folosite la rândul lor în scop terapeutic. Din acest motiv, aici este vorba în primul rând de motivarea pacientului în ceea ce privește psihoterapia și de acceptarea într-o anumită măsură a unor părți a așteptărilor sale. Aceasta înseamnă implicit că, unui pacient care la începutul procedurii psihoterapeutice stătea întins pe canapea, i se poate propune ca mai târziu să adopte o poziție emancipată de ședere față în față cu terapeutul sau să renunțe la situația bipersonală terapeutică în favoarea unei situații de comunicare multiplă în cadrul unui grup. Flexibilitatea începutului terapiei trebuie să fie urmată în mod consecvent de o atitudine flexibilă în ceea ce privește demersul terapeutic ulterior, într-o anumită măsură o apropiere continuă față de unicitatea personală și situațională a pacientului.

Demersul analitico-diferențial se orientează după următoarele teme:

Capacitățile actuale (IAD): Aici sunt cuprinse conținuturile încărcate conflictual ale conflictului actual și al celui de bază.

Mijloacele capacității de iubire, care includ posibilitățile relaționale ale pacientului și poveștile lor.

Mijloacele capacității de cunoaștere, care reflectă stilul cognitiv și interpretările preferate ale realității.

Tipul de reacție, forma preferată de reacție la conflicte: naiv-primar, secundar, legătura dublă.

Conceptele, măsura în care ele privesc conflictul, condiție a apariției conflictului, formă a prelucrării conflictului și raționalizare.

Neînțelegerile: Ele se referă la disonanțe în cadrul sistemului de concepte individual și la neînțelegerile interumane.

Diagnoză: În cazul pacientei de 32 de ani, dna Ute S., au reieșit următoarele constatări rezumative și următoarea diagnoză:

Orientarea simptomelor: Angoase, tulburări ale somnului, dureri de inimă și lipsa contactului.

Amplificarea durerilor: În urmă cu doi ani și jumătate. Situația conflictuală exterioară existentă la declanșarea simptomelor: pierderea tatălui, soțul a fost mutat în serviciu extern. Este vorba despre o tulburare preponderent psihoreactivă cu implicare psihosomatică, un tablou de stare parțial cronicizat, parțial determinat actual. Conflictul este centrat în jurul normelor comportamentale „punctualitate“, „ordine“, „contact“ și „sexualitate“.

Următorii factori acționează cumulativ:

Conflict matrimonial; Suprasolicitare emoțională, probleme cu copiii; conflicte cu mama și cu soacra; moartea tatălui (reacție anormală de tristețe)

Situația conflictuală actuală se dezvoltă în baza unui tip al legăturii duble, în cadrul căruia predomină partea naiv-primară.

Structură nevrotică: Structură nevrotică depresivă.

Modalități terapeutice: Conform constatărilor efectuate, este de preferat în mod absolut un demers psihoterapeutic altor forme de terapie (precum terapie medicamentoasă, cură etc). Ca demers țintit și bine dozat va fi aleasă psihoterapia analitico-diferențială în cinci etape.

Traducerea diagnozei pentru pacient

Există o regulă în medicină, dar și în psihoterapie, în măsura în care ea are într-adevăr curajul să își asume riscul emiterii unei diagnoze, care spune că diagnoza sau constatările rămân la nivelul persoanelor de specialitate. Pacientul este considerat pe această cale, în mod tacit, ca fiind neimportant, cu pretextul că „el oricum nu ar înțelege legăturile“. Această perspectivă ocolește realitatea în două feluri.

Pacientul se gândește la boala sa și independent de terapeut. Deja alegerea unui anumit medic, a unei anumite direcții terapeutice de specialitate presupune o diagnoză pe care pacientul sau persoanele sale de referință au pus-o deja, în calitatea lor de instituții pre-terapeutice. Concepția pacientului sau a persoanelor sale de referință asupra omului, perspectiva lor legată de boală și sănătate, precum și ideile asupra terapiei sunt incluse ca factori decisivi în situația terapeutică propriu-zisă. Astfel de reprezentări determină în mare parte motivația pacientului și, astfel, disponibilitatea sa de a se încrede în măsurile ulterioare, considerate necesare de către terapeut.

Dacă terapeutul nu dorește să își exprime constatările efectuate, această alegere a sa poate avea motive terapeutice. Dacă de exemplu un pacient a obținut un scor destul de slab la un test de inteligență, poate că el va fi tentat, din cauza conceptului său de boală, să considere rezultatul o dovadă a întregului său eșec social sau o scuză a sa. Constatările subtile ale terapeutului, conform cărora rezultatul relativ slab la test se raportează cu mare probabilitate la o reținere nevrotică momentană a inteligenței, vor fi înțelese de către pacient mai degrabă ca un rezultat abstract. Informațiile legate de cercetările efectuate duc într-adevăr la o

anumită nesiguranță; ele sunt incluse în conceptul predeterminat al pacientului și pot avea drept urmări interpretări eronate, cu consecințe corespunzătoare pentru speranța și încrederea pacientului. De aceea trebuie luat în considerare și conceptul de boală al pacientului în momentul în care sunt explicate constatările. De aceea, noi suntem de părere că este necesară o traducere a constatărilor și a diagnozei individualizate, adaptată situației pacientului. Pacientul va fi astfel implicat în procesul decizional legat de felul în care va decurge terapia în continuare. Pacientei de 32 de ani i-a fost tradusă diagnoza în felul următor:

Pacienta: „Ce părere aveți? Îmi mai dați vreo șansă?“

Terapeutul: „Pentru a vă răspunde concret la întrebare, da. Dar vreau să încerc să vă explic de ce. Întâi însă aș vrea să vă întreb: Dialogul nostru v-a clarificat ceva? A atins el problemele dumneavoastră?“

P.: „Am senzația că dialogul nostru m-a făcut să văd deja unele lucruri altfel, mult mai clar decât le-am văzut până acum…“

T.: „Puteți descrie puțin mai detaliat?“

P.: „Problemele mele depind foarte mult de relația cu soțul meu. (…) Mereu se ajunge la ceartă între noi, ceea ce mă termină complet. Nu știu sigur, dar am senzația că această ceartă se învârtește mereu în jurul acelorași lucruri. Înainte m-ați întrebat, care din problemele mele sunt cele mai importante pentru mine. Sunt foarte convinsă că lucrurile care mă enervează cel mai tare sunt cele care au legătură cu „punctualitatea“ și cu „ordinea“ (…) De fapt chiar sunt puțin surprinsă. În ultimul timp am simțit o respingere totală față de soțul meu. Datorită întrebărilor dumneavoastră am avut impresia că soțul meu nici nu e un așa de mare monstru, așa cum l-am văzut eu mereu.“

T.: „Da, și eu sunt de părere că avem de-a face cu câteva neînțelegeri.“

P.: „Dacă stau să mă gândesc bine, există într-adevăr o serie de neînțelegeri. În primul rând, avem cumva concepții diferite atunci când vine vorba de a face ceva la timp sau de a face curat. Dar cred că în cazul meu și al soțului meu, aceste diferențe au rădăcini foarte, foarte adânci. Cred că educația noastră este de vină…“

T.: „Noi nu suntem în psihoterapie ca în fața unui tribunal, în fața căruia trebuie clarificată problema vinovăției (…) Sunt de părere că efectuarea unei psihoterapii va avea succes în cazul dumneavoastră.“

P.: „Da, de aceea am venit la dumneavoastră. Dacă nu mă ajută nimeni, nu știu cum să merg mai departe.“

T.: „Ce ați face dacă nu ați mai avea probleme?“

P.: (Pacienta tace surprinsă) „De fapt nici nu m-am gândit până acum la acest lucru. Deși mi-am imaginat multe. Dar ar fi prea frumos pentru a fi adevărat. Da, ce aș face? Pur și simplu nu mă pot adapta programului de lucru al soțului meu, nici nu mă pot obișnui cu serile lungi. Dacă nu m-ar mai lăsa să îl aștept atât de mult… Ceea ce sigur nu pot să fac este să îl fac și eu pe el să aștepte, ca să vadă cât de brutală poate fi așteptarea. Dacă nu m-aș simți atât de nesigură în dialogul și compania altor oameni, ba chiar și a soțului meu. Momentan nici măcar nu am curaj să ies din casă, deși chiar simt dorința să îmi revăd vechile cunoștințe. Și apoi mi-ar mai plăcea să mă mut într-un apartament nou. Aici nu mă înțeleg cu vecina, din cauza copiilor. Mă gândesc deja cu frică la ea, când unul din copii face prea mult zgomot (…) Mi-ar plăcea să merg și în concediu, dar numai cu soțul și copiii noștri. (Pacienta tace îndelung). Dacă nu aș mai avea sentimentele de vinovăție față de mama..Mama este atât de nefericită după moartea tatălui și după mutare (…) Aș avea nevoie și de o soacră mai plăcută. Aș vrea să îi pot spune acestei femei odată în față cu adevărat ce gândesc, fără a vedea imediat două fețe lungi. Cred că acestea sunt dorințele care mă mișcă cel mai mult momentan.“

T.: „Dacă începem terapia, va trebui să lucrăm împreună o anumită perioadă de timp. Aceasta înseamnă că veți și scrie câte ceva, că poate unele probleme se vor acutiza prin intermediul terapiei. Mai înseamnă și că vom implica eventual și familia dumneavoastră. Dacă însă se întâmplă să aveți întrebări, precum întrebări financiare sau altfel de greutăți, împărtășiți-mi-le neapărat. Pentru a nu le uita, vă rog să le notați. Terapia va fi cu atât mai eficientă, cu cât colaborăm mai deschis și mai sincer unul cu celălalt.“

P.: „Cum se va desfășura practic?“

T.: „Terapia se va desfășura în cinci etape. Într-o primă fază vom urmări ca dumneavoastră să vă puteți descrie neplăcerile cât mai exact și diferențiat. De aceea, noi numim această treaptă, etapa observației și a distanțării. Vă rog să notați până data viitoare (următoarea ședință va avea loc în general după o săptămână, maxim două) aceste probleme care joacă acum un rol în relația dintre dumneavoastră și soț. Am stabilit că problemele apar în special în patru domenii: în domeniul „punctualității“, în domeniul „ordinii“, în domeniul „sexualității“ și în cel al „contactului“. Până atunci ar trebui să încercați să îl criticați cât mai puțin pe soțul dumneavoastră și să notați observațiile dumneavoastră, senzațiile și sentimentele pe care le resimțiți (…) Mai aveți întrebări?“

Pacienta mai dorește câteva indicații legate de felul în care trebuie să se desfășoare practic observarea și notarea. Apoi ședința este încheiată.

Rezumat: Traducerea constatărilor diagnostice și a posibilităților terapeutice în limbajul pacientului nu trebuie să fie o simplă prelegere, căci pacientul se simte depășit de multitudinea de informații care vin

către el. Din acest motiv, cea mai potrivită formă de traducere pare a fi ceva sub formă de întrebare-răspuns, căci ea oferă terapeutului și indicii asupra conceptului de boală al bolnavului.

Modificare a primului interviu

Primul interviu oferă trăsături de bază esențiale legate de demersul analitico-diferențial. Totuși, noi am indicat deja o serie de modificări, care au obiectivul de a susține flexibilitatea terapeutică. Are puțin sens „dezbrăcarea" diagnostică a unui pacient în cadrul unei singure ședințe de consiliere ca apoi să fie lăsat pur și simplu să plece acasă. Pentru că modelele folosite (IAD, mediile capacității de iubire și de cunoaștere, tipurile de reacție, conceptele și neînțelegerile) nu sunt complet independente unele de celelalte, pot fi alese dintre toate, după o privire de ansamblu orientativă, anumite modele.

Astfel, putem începe cu IAD-ul, putem aduce în prim plan mediile sau putem scoate în evidență conceptele și neînțelegerile. Firește, trebuie să fim mereu conștienți de faptul că noi, oricare ar fi motivele, acordăm importanță mai mare anumitor aspecte diagnostice, ignorând alte domenii ale personalității. Odată aleasă modalitatea terapeutică mai cuprinzătoare, primul interviu poate fi fracționat, pentru a nu se supraîncărca pacientul, dar nici terapeutul. Acest lucru se poate realiza prin tematizarea fiecărei părți a primului interviu în ședințe diferite sau prin luarea în considerare de-a lungul terapiei a celorlalte puncte de vedere descrise. În funcție de caz, pot fi folosite ca mijloace ajutătoare și cercetări psihologice sub formă de teste. De asemenea, este favorabilă și implicarea datelor ginecologice și neurologice în aprecierile diagnostice.

Rezumat: Diferența dintre primul interviu, cu funcția sa preponderent diagnostică, și psihoterapia ulterioară, nu este de natură principială; în acest context putem vorbi mai degrabă despre treceri cursive.

Raportul dintre primul interviu și psihoterapie

Un exemplu curent din practica medicală

Un pacient vine la cabinet. El pare epuizat, neliniștit și nervos și stă pe scaun ghemuit. Cu greu își descrie problemele. Are dureri puternice în brațul stâng, inima îi bate foarte tare, aproape că îi sparge pieptul. Atunci când stă noaptea întins în pat, durerile de inimă îl apucă pe neașteptate. I se face rău și gândurile lui se învârtesc continuu în jurul ideii că în următorul moment va suferi un infarct. Medicul îl ascultă răbdător și formulează în capul său diagnosticul posibil. În fundal mocnește, datorită experienței sale, ideea că are de-a face cu un pacient cu tulburări ale funcției cardiace. După o examinare fizică amănunțită, doctorul se decide: tulburări ale funcției cardiace. Ca medic experimentat, el începe să întrebe: De când s-au accentuat durerile? Vă simțiți suprasolicitat din punct de vedere familial sau profesional? Pacientul aprobă dând din cap. Medicul a atins ceea ce îl apăsa. Țâșnește precum o cascadă: suplinire pentru colegi, preluarea unui nou domeniu de activitate, mă simt nesigur, primesc tot mai multe sarcini, nu pot spune nu. Soția are puțină înțelegere față de situația mea, vede în mine un ratat, nu mă pot ocupa nici de fiul meu, probabil că anul acesta va rămâne repetent.

Medicul ascultă plângerile pacientului și în același timp îi prescrie calmante și medicamente pentru stabilizarea metabolismului. La despărțire, îi dă mâna pacientului, îl atinge pe umăr și îl sfătuiește: „Nu vă mai enervați atâta, luați-o ceva mai ușor, și mai ales faceți ceva împotriva stresului." Afară, în fața ușii cabinetului, pacientul murmură: „Dar cum?"

O dilemă a practicii psihoterapeutice obișnuite pare să fie cea a confundării primului interviu, care servește exclusiv obiectivelor diagnostice, cu terapia. Stabilirea diagnosticului duce cu gândul la faptul că terapia a început deja: „Acum știți despre ce e vorba." Pe de altă parte, din teama de prejudecăți, uneori se renunță la punerea unui diagnostic, care în cazul diagnozei critice oricum nu este unul definitiv. Numai datorită faptului că pacientul vine la cabinetul terapeutic se și crede că el trebuie să fie trecut prin marea moară psihoterapeutică, fără a i se fi explicat pe larg înainte dacă este recomandabilă o terapie, care din terapii intră în discuție și ce scopuri terapeutice pot fi luate, cel puțin provizoriu, în considerare. Astfel de decizii sunt sarcina principală a diagnozei, punerea de etichete însă nu.

Analiza diferențială dispune de un plan terapeutic în mai multe etape, care trebuie să fie privit ca linie directoare a psihoterapiei analitico-diferențiale. Ea este concepută în mod fundamental ca interacțiune: între terapeut, pacient, normele psihosociale conștiente și inconștiente ale celor doi, modelele concrete și imaginare preluate de la grupurile de referință sau în spatele cărora se află persoane de referință.

În continuare, importante vor fi modelele de interacțiune învățate ale pacientului, precum și relațiile sale sociale momentane, din afara situației terapeutice. Ca elemente de fundal, trebuie luate în considerare structurile sociale, care pe de o parte produc simțul comun, adică normele recunoscute social, pe de altă parte stabilesc împărțirea rolurilor, care se reflectă și în relația terapeut-pacient.

Rezumat: Psihoterapia analitico-diferențială nu se limitează numai la situația terapeutică directă, ci trece de aceasta, atingând legăturile sociale extra-terapeutice ale pacientului. Pacientul nu preia numai rolul de pacient rezervat lui, ci el însuși devine un terapeut al persoanelor sale directe de referință, în special al partenerului de conflict. Acest dublu rol al pacientului — pacient și terapeut în același timp — este o trăsătură esențială a psihoterapiei analitico-diferențiale. Demersul analitico-diferențial este împărțit în două părți:

Prima parte a psihoterapiei analitico-diferențiale servește observării comportamentului pacientului și a analizei sale diferențiale, din care rezultă diagnoza și stabilirea unei prognoze de către terapeut.

A doua parte cuprinde psihoterapia propriu-zisă și se adresează mai mult activităților pacientului. Ceea ce pacientul obține în ședința analitico-diferențială în colaborare cu terapeutul, este supus probei realității, adică, psihoterapia declanșează o acțiune de autoajutorare care se desfășoară în paralel și care este controlată prin intermediul terapiei. Cu alte cuvinte: mesajul care pleacă din fiecare psihoterapie, ajungând în contextul psihosocial, își primește aici orientarea. Este decisiv ca psihoterapia să nu se limiteze numai la o dinamică conflictuală, ci să includă și conținuturile conflictuale. Aceste conținuturi, capacitățile actuale, îi permit pacientului, printr-o generalizare minimă a conflictului, să găsească o soluție realistă la problemele sale.

Atașament, deosebire și detașare în psihoterapie

Desfășurarea întregii psihoterapii, ca și orice contact psihoterapeutic, lasă să se întrevadă caracteristici structurale, care reflectă alternanța nevoilor pacientului și ale terapeutului. Este vorba aici despre stadiile interacțiunii: atașament–deosebire–detașare.

În general, la începutul psihoterapiei se află în prim-plan nevoia de atașament și căldură emoțională. Acest lucru înseamnă: Pacientul are nevoie să vorbească, vrea să perceapă terapeutul ca pe cineva care este interesat de problemele sale, care îl ascultă și îl acceptă. Această poziție se păstrează pe toată durata terapiei; ea este într-o anumită măsură atmosfera de bază în care se desfășoară demersul psihoterapeutic. Diferite cercetări scot în evidență importanța acestor aprecieri; s-a dovedit că pacienții care s-au simțit înțeleși, acceptați și încurajați de către terapeuții lor s-au însănătoșit într-o măsură semnificativ mai mare decât aceia a căror terapie s-a desfășurat într-o atmosferă sterilă din punct de vedere emoțional.

Atașamentul nu se manifestă numai ca atitudine afectivă globală, mai degrabă el rezultă dintr-un număr de conduite în general puțin luate în seamă, de care se fixează sentimentul de încredere și de „a fi acceptat“. Un terapeut care vorbește continuu la telefon în timpul terapiei, care se joacă nervos cu creionul, închide ochii (pentru a se relaxa sau a se concentra), își întrerupe pacientul, fără a justifica întreruperea, dă sfaturi premature, care poate nu sunt potrivite în situația pacientului, nu își găsește timp pentru pacient sau este nerăbdător, îi va putea cu greu oferi pacientului, în ciuda bunăvoinței și a capacității sale de empatie, sentimentul atașamentului:

> „Era îngrozitor la acest doctor. Nici nu puteam să îi spun ce voiam. Continuu mă întrerupea telefonul. Aveam senzația că terapeutul nici nu era acolo de-adevăratelea“ (pacient în vârstă de 33 de ani, tulburări ale somnului și stări de angoasă).

În decursul terapiei, nevoia de atașament se poate afla provizoriu în prim plan. Totuși, atașamentul nu reprezintă singurul moment important al demersului psihoterapeutic, oricâtă importanță poate să aibă el în educație:

> „De doi ani mă duc regulat la psihoterapeut. Îi povestesc visele mele, mă ascultă cu o răbdare demnă de o cămilă. Dar nu a adoptat niciodată o poziție concretă față de problemele mele. Când vine vorba de așa ceva, el spune numai „hm-hm“ (pacientă în vârstă de 34 de ani, dificultăți matrimoniale).

Pe lângă nevoia de atașament, pacienții prezintă o nevoie mai mult sau mai puțin accentuată de diferențiere, de informații. Psihoterapeuții au o atitudine critică, și în același timp de neajutorare față de această nevoie. Informațiile venite din partea terapeutului sunt susceptibile de a fi manipulative și de a avea efect moralizator. Această perspectivă apare ca fiind îndreptățită, căci posibilitățile de manipulare în cadrul psihoterapiei sunt de multe feluri. Totuși, nevoia de deosebire pacientului este o realitate, precum și faptul că terapeutul oferă adesea informații împotriva voinței sale; el face aluzii la valori și lasă să se înțeleagă deosebirile. Aceste conduite nu vor fi controlate dacă se închid ochii în fața lor. Mai degrabă, treapta deosebirii trebuie luată în considerare în terapie în mod categoric și conștient.

Dacă plecăm de la premisa că conflictele psiho-sociale se bazează pe lipsa unei deosebiri, atunci suntem nevoiți să găsim domeniul în care rezidă lipsa deosebirii și să oferim ajutoare pentru o deosebire în conformitate cu realitatea. Deosebirea nu rezultă însă din oferirea de sfaturi: „În locul dumneavoastră eu aș…“, ci din sensibilizarea pacien-

tului față de capacitățile actuale încărcate conflictual și față de neînțelegeri, și din a-l învăța să își privească generalizările nevrotice într-un mod mai diferențiat.

Un alt capitol psihoterapeutic este detașarea. Psihoterapia fără detașare ar fi o psihoterapie veșnică, infinită. Pacientul ar fi toată viața sa dependent de atenția unui psihoterapeut, precum și de diferențierile și ajutorul său în luarea deciziilor.

„Nu știu ce m-aș face fără terapeutul meu. El este un al doilea Eu al meu. Sunt dependent de el“ (student în vârstă de 28 de ani, problematica detașării).

Firește, detașarea nu trebuie să rezulte din cauza nerăbdării terapeutului. Excluzând unicitatea pacientului și faptul că fiecare pacient necesită propriul său consum de timp, este vorba aici de chestiunea cu privire la scopul pe care îl are psihoterapia. Obiectivul terapeutic este un compromis între obiectivul ideal de tratament, completa eliberare de limitările nevrotice și nevoile și problemele propriu-zise ale pacientului, care necesită din partea terapeutului un demers adecvat obiectivului urmărit.

În cadrul psihoterapeutic, detașarea nu înseamnă că pacientul va fi pur și simplu aruncat în apă, urmând ca atunci să învețe să înoate.

Rezumat: Cele trei trepte atașament–deosebire–detașare trebuie văzute ca unitate. Ele sunt implicate însă într-o măsură diferită în fiecare din părțile terapiei. Fiecare ședință psihoterapeutică include într-o formă sau alta cele trei trepte: Pacientul încearcă să se asigure de atașamentul terapeutului, descrie situația și trăirile sale și le confruntă apoi cu deosebirea psihoterapeutică; în cele din urmă pacientul se desprinde de relația strânsă terapeut-pacient și își trăiește propria viața până la ședința următoare. De aceea, este mai puțin important pentru procesul de vindecare ca pacientul să petreacă 50 de minute în prezența unui psihoterapeut, cât este de important felul în care este configurată această perioadă de timp și ce se întâmplă în ea.

Terapeutul nu poate ridica în același fel pretenții precum pacientul. Dacă ar face acest lucru, psihoterapia ar deveni o terapie a terapeutului, care s-ar folosi de pacient ca mijloc de exprimare. Totuși, psihoterapeutul nu este un robot, ci are și el nevoile lui: ca pacientul să îl recunoască, să fie deschis față de el, să urmeze regulile terapiei și să îi acorde liniște atunci când este cazul. A lua în considerare în mod conștient aceste nevoi este o premisă esențială a psihoterapiei controlate.

În timp ce pacientul poate și trebuie să își exprime nevoile în psihoterapie, terapeutul se distanțează de propriile sale nevoi și reacționează țintit la apelul pacientului. În acest proces, el are două posibilități de reacție: (a) el acceptă nevoia pacientului și o satisface, în măsura în care aceasta se află în aria sa de competențe; (b) el frustrează nevoile pacientului. Criteriul trebuie să fie etapa de terapie în care se află pacientul, gradul de independență sau libertate de care este el considerat capabil. În cazurile extreme, satisfacerea consecventă a nevoilor înseamnă că terapeutul devine instrument al pacientului și că nu mai poate fi luat în calcul nici un progres terapeutic; frustrarea consecventă a nevoilor ar duce la o criză a încrederii. Terapeutul ar obține astfel atotputerea parentală și ar deveni un adversar al pacientului.

„Am avut în curând impresia că tot ce făceam era greșit. Psihoterapeutul meu își argumenta comportamentul rezervat spunând că trebuie să mă adaptez principiului realității. Dar la vremea respectivă acest lucru era cu adevărat prea mult pentru mine“ (secretară în vârstă de 32 de ani, reacție anormală de tristețe, tulburări ale somnului și stări de amețeală).

Tipurile de demersuri terapeutice frustrante sau defensive sunt în general nefavorabile, atunci când nu se clarifică exact care dintre nevoi trebuie satisfăcute și care nu. De aceea, pentru terapeut reprezintă un ajutor orientativ important să știe sau să aprecieze în ce stadiu al terapiei se află pacientul și felul în care au fost percepute stadiile în fiecare dintre ședințe.

6

Cele cinci etape ale terapiei analitico-diferențiale

Despre curajul de a îndrăzni să riști

Un rege își supuse curtea regală la o probă în vederea obținerii unui rang important. Imediat fu înconjurat de bărbați puternici și înțelepți. „Voi, bărbați înțelepți", vorbi regele, „Am o problemă și doresc să văd care dintre voi este în stare să o rezolve". El îi conduse pe cei prezenți la un lacăt de ușă imens, care era atât de mare cum nu mai văzuse nici unul din ei vreodată. Regele explică: „Vedeți aici cel mai mare și mai gros lacăt care a existat vreodată în regatul meu. Deschiderea acestui lacăt necesită o anumită artă. Care dintre voi se simte în stare să îl deschidă?" O parte din cei prezenți dădură din cap în semn de negație. Unii, care se numărau printre înțelepți, se uitară de mai aproape la lacăt, recunoscură însă că nu îl pot deschide. Auzindu-i pe înțelepți spunând acest lucru, și restul bărbaților dădură neputincioși din cap și recunoscură că problema era prea grea pentru a o putea rezolva. Numai un vizir se apropie de lacăt. El îl cercetă cu privirea și cu degetele, încercă în fel și chip să îl deschidă și în cele din urmă trase de el zmucindu-l brusc și, ca să vezi, lacătul se deschise. Căci, după cum știa și regele, lacătul era numai întepenit și nu era necesar decât curajul și disponibilitatea de a înțelege acest lucru și de a-l atinge cu îndrăzneală. Regele vorbi: „Tu vei primi postul la curte, căci nu te bizui numai pe ceea ce vezi și auzi, ci îți folosești propriile puteri și îndrăznești să riști". (Poveste persană)

Psihoterapie — autoajutorare
Pacientul ca terapeut

În cadrul psihoterapiei și al autoajutorării, analiza diferențială folosește un procedeu cu cinci etape. Acest procedeu se sprijină pe capacitățile actuale și se împarte în următoarele etape: etapa observării/distanțării, etapa inventarierii, etapa încurajării situative, etapa verbalizării și cea a extinderii obiectivelor.

Etapa 1. Observarea/Distanțarea: Pacientul notează ceea ce îl enervează, pe cine enervează, când se supără, precum și împrejurările care îi sunt neplăcute. La acest nivel începe un proces al învățării diferențiale. Sferele conflictului încep a se restrânge iar conflictul este descris din punctul de vedere al conținutului.

Etapa 2. Inventarierea: Pe baza unui inventar al capacităților actuale se stabilește în ce sfere comportamentale posedă propria persoană și partenerul însușiri pozitive și în care negative.

Etapa 3. Încurajarea situativă: Pentru a construi o relație de încredere, pacientul învață să amplifice însușirile pozitive ale partenerului, ținând seama de propriile-i însușiri critice, care corespund acestora.

Etapa 4. Verbalizarea: Pentru a depăși conflictul provocat de absența sau deformarea facultății verbale, comunicarea cu partenerul va fi antrenată treptat și după reguli precise. Se vorbește atât de însușiri sau trăiri atât negative, cât și pozitive.

Etapa 5. Extinderea obiectivelor: Limitarea nevrotică a câmpului vizual se realizează în scopuri clare. Se învață a nu transfera conflictul în alte sfere comportamentale, ci a ne îndrepta spre experiențe noi, netrăite până atunci.

Strategia terapeutică în cinci etape a analizei diferențiale: (psihoterapie pozitivă)

1. Etapa observării/distanțării } primul interviu
2. Etapa inventarierii } primul interviu
3. Etapa încurajării situative
4. Etapa verbalizării
5. Etapa extinderii obiectivelor

Schema cu cinci etape se bazează pe o reprezentare-model a procesului conflictual. Aceasta se lasă concretizată printr-un exemplu:

Atunci când ne enervează cineva, spre exemplu prin nepolitețea sa, se întâmplă de fapt să simțim o îngrijorare lăuntrică, adesea îl înjurăm sau vorbim cu alții despre el și despre punctele lui slabe. Brusc, nu-l mai vedem drept un om cu însușiri variate, ci doar ca pe un nepoliticos, un bădăran care ne-a discreditat prin lipsa lui de politețe. Nu mai suntem în stare să-i vedem și însușirile pozitive, întrucât întâmplările negative umbresc o eventuală legătură cu omul respectiv. Ca urmare, suntem mai puțin pregătiți să avem o confruntare cu el, având tendința de a transforma orice discuție într-o luptă pentru putere sau într-o izbucnire afectivă. Comunicarea este împiedicată. În cele din urmă se ajunge atât de departe, încât sunt îngrădite propriile interese.

Etapele acestui model al procesului conflictual, precum și modelul terapeutic al psihoterapiei analitico-diferențiale, corespund modalităților ce stau la dispoziție omului pentru rezolvarea conflictelor și a problemelor. Astfel, modelul ipotetic al procesului conflictual nu mai trebuie recapitulat. Mai mult, tindem să vizăm în orice caz conflictele individuale, care solicită modalități speciale de rezolvare. Aceste modalități de rezolvare nu sunt izolate una de alta, ci sunt legate între ele în cadrul procesului terapeutic, întrucât o etapă poate funcționa ca etapă de pregătire sau de dezvoltare ulterioară pentru o alta. Acest lucru înseamnă practic că strategia celor 5 etape va fi aplicată oricărui pacient, însă spațiul în care se realizează individual etapele, precum și procesele speciale utilizate trebuie să corespundă cerințelor fiecărui caz în parte.

Primul interviu cuprinde două dintre etapele procesului analitico-diferențial: observarea/distanțarea și inventarierea. Însă aceste etape se referă în primul rând la terapeut: ele îi mijlocesc acestuia crearea unei imagini de ansamblu asupra situației conflictuale relevante a pacientului. Procesul pe care terapeutul îl încheie este parcurs apoi și de pacient. El învață să cunoască prin observare/distanțare condițiile concrete ale conflictului, obținând prin inventariere o imagine a acelor sfere ale personalității care sunt mai puțin predispuse la situații conflictuale.

Această procedură analitico-diferențială se deosebește fundamental de procedeele psihoterapiei folosite anterior: planul terapiei este valabil nu numai pentru ședințele de psihoterapie, ci el cuprinde și un domeniu din afara zonei terapiei, și anume perioada dintre două ședințe. Elementele cognitive, cele care te fac să devii conștient, cele care generează schimbări de atitudine și care au prioritate în ședința terapeutică sunt înlocuite cu elemente care duc la o schimbare de comportament și care acționează atât în timpul ședinței de psihoterapie, cât și în afara acesteia. Pacientul este astfel nu numai pacient, ci devine el însuși terapeut.

Întrucât conflictele se bazează și pe relațiile cu ceilalți oameni, terapia nu se poate limita doar la a fi potrivită pentru pacient, ci ea trebuie să clarifice și factorii patologici ai mediului social. Această sarcină revine însă pacientului. El duce în mediul său social aceste diferențieri obținute în timpul psihoterapiei, le testează gradul de aplicabilitate și îndeplinește cu partenerul său de conflict o muncă psihoterapeutică. Linia directivă pentru procesul terapeutic al pacientului o reprezintă planul terapeutic cu 5 etape al analizei diferențiale.

Psihoterapeutul preia funcțiile de conducere și de control. El stabilește în ce etapă a terapiei se găsește pacientul și la ce dificultăți ar trebui să-l supună în această etapă, fiind o persoană de încredere pentru pacient atunci când acesta își împărtășește experiența conflictuală avută cu un partener. Ia astfel naștere un cerc al regulilor dintre terapeut și pacient, cerc care influențează mediul celui din urmă.

În timp ce alte psihoterapii privesc terapeutul drept figura cea mai importantă a procesului, în cadrul analizei diferențiale pacientul este acela care preia rolul activ și central. De-abia prin interacțiunea dintre terapeut, pacient și mediu se ajunge la valorificarea maximă a mijloacelor psihoterapeutice. Pe de altă parte, acest lucru înseamnă că psihoterapeutul, în calitatea sa de moderator al soluției conflictuale psihoterapeutice, nu renunță la a implica în psihoterapie partenerii implicați în conflict: o psihoterapie a copiilor este sub acest aspect o terapie a părinților; conflictele psihice, ce au la bază problemele dintre parteneri, nu pot fi rezolvate pe deplin dacă nu are și celălalt partener posibilitatea de a lua parte la terapie. Se ajunge astfel la o relație terapeutică multidimensională, terapeutul, pacientul și mediul fiind implicați în egală măsură în psihoterapie, mai exact în psihosocioterapie:

1. Situația psihoterapeutică propriu-zisă se sprijină pe relația nemijlocită dintre terapeut și pacient.

2. Astfel, pacientul acționează în cadrul autoajutorării ghidate drept psihoterapeut al propriului său mediu și în special al partenerului implicat în conflict.

3. Partenerii de conflict pot acționa terapeutic, respectiv în sensul unei terapii de familie sau al unei terapii a mediului în care trăiesc.

Psihoterapia în cinci etape poate fi aplicată acestor trei zone terapeutice (situația psihoterapeutică, pacientul ca psihoterapeut și terapia mediului).

Etapa 1: Observarea/distanțarea

Odată cu finalizarea primului interviu, în cazul unei terapii se impune etapa observării/distanțării, care este centrată pe pacient. Scopul observării este o analiză a situației pacientului. Aceasta trebuie să-l ajute a depăși sfera unei descrieri abstracte, făcându-l capabil să realizeze descrieri concrete. Generalizările trebuie folosite, pacientul având astfel posibilitatea de a se distanța de propria situație (Distanțare).

Involuntar privești un om pentru care te simți responsabil altfel decât pe ceilalți. Îți proiectezi asupra lui, de cele mai multe ori fără intenție, propriile dorințe și aștepți ca el să se comporte așa cum ți-ai dori. Această implicare emoțională puternică duce la însușirea experiențelor celuilalt, ca și cum ar fi proprii, precum și la intervenții.

În aceste condiții, celălalt nu mai este obiectiv, indiferent, ci devine subiectiv datorită puternicei sale implicări emoționale. Această implicare crește cu cât respectivul ne este mai apropiat: propriii copii, nepoții, partenerul conjugal, prietenii, colegii și părinții. Această apropiere de ei presupune și o cunoaștere intensivă a persoanei. În mod paradoxal, această cunoaștere nu duce la o percepție obiectivă asupra persoanei, ci trăsăturile de caracter specifice ies în prim-planul atenției. Ia naștere o imagine unilaterală a personalității, premisă pentru toate conflictele psihosociale, pentru tulburările psihice și psihosomatice.

> Doamna Ute S. se plânge: „Situația e încurcată. Am decăzut atât de mult încât nu vă pot descrie. Nu mai știu pe cine urăsc mai mult, pe mine însămi sau pe soțul meu. Mă înnebunește. Sunt de-a dreptul deprimată".

Pentru a obține o percepție obiectivă și adecvată asupra partenerului, este nevoie să te eliberezi de clișeele obișnuite. Procedeul seamănă cu cel al operării unei tumori pe creier: nu înlături întreg creierul, ci încerci să izolezi pe cât posibil țesutul bolnav al tumorii. O generalizare ar fi echivalentă cu o operație totală la care nu te încumeți, din cauza tumorii, să cureți cutia craniană. Pentru a-l vedea pe celălalt așa cum este și pentru a suprima comportamentul conflictual, trebuie parcurși trei pași în etapa distanțării: observarea și notarea, abținerea de la critică, renunțarea la implicarea unei a treia persoane.

Observarea și notarea: Când persoanele în cauză trebuie să dezvăluie ceea ce le enervează la partener, acestea se pierd în declarații generale precum: „Pur și simplu mă enervează; nu ne potrivim; mă enervez din cauza lui; este insuportabilă; n-are nici un sens să mai continuăm relația; mereu același lucru; nu ne înțelegem". Apare adesea o indispoziție considerabilă asemănătoare senzației de „covor zburător": se pierde contactul cu un comportament concret în situațiile ulterior apărute. În locul acestuia domină un ton afectiv negativ. Acest comportament poate fi combătut prin observare.

Pacientul observă în ce împrejurări se ajunge la divergențe și certuri și care sunt urmările lor. Aceste observații vor fi consemnate în scris. Notițele pot servi într-o oarecare măsură drept oglindă. Starea vagă de indispoziție capătă un aspect concret, înlesnind noi aspecte, precum și inițierea unui proces de reabilitare a relației cu partenerul.

Înregistrarea are pe deasupra și funcție de ventilație: pacientul este preocupat de conflictul său, însă nu amplifică prin aceasta situația conflictuală exterioară.

Pentru mulți pacienți, partenerul este prea apropiat ca să nu-l poată accepta, cel puțin temporar, așa cum este el, iar formele de comunicare dintre ei sunt mult prea prețioase ca să renunțe la ele.

> *Doamna Ute S.* se plânge încă din prima ședință de psihoterapie că etapa observării nu i-a reușit."Pur și simplu nu pot face asta. Sunt incapabilă…"
>
> *Terapeutul:* „Această dificultate este de înțeles în cazul dvs. Imaginați-vă că vă aflați în fața unui tablou mare. Vedeți tabloul mai bine atunci când sunteți foarte aproape de el sau când vă depărtați puțin?"
>
> *Doamna Ute S.:* „Atunci când mă depărtez puțin. Când sunt foarte aproape văd numai o parte… Vreți să afirmați cumva că aș fi prea aproape de soțul meu ca să îl pot vedea corect… Da, cred că așa stau lucrurile. Sunt atât de aproape de tablou încât îl pot atinge cu vârful nasului".

A lăsa critica deoparte: Critica este chintesența mijloacelor de educație raportate la capacitățile actuale. Ea cuprinde practicile, recompensele, sancțiunile, laudele și criticile, atât pe cele verbale, cât și pe cele nonverbale. Într-un sens larg, prin critică se învață ceea ce este dorit și ceea ce nu este. Iar aceasta se poate realiza pe căi diferite: critica constructivă ajută la prețuirea de sine, precum și la prețuirea celor din jur, înlesnind dezvoltarea și îmbunătățirea capacităților de deosebire. Dimpotrivă, critica unilaterală permanentă și cicăleala au ca urmare ridicarea unei bariere între oameni. Aceștia nu vor și nu pot auzi numai cât de răi sunt, ci ei au nevoie și de confirmări pozitive.

În locul criticii, a sancțiunilor, apare observarea partenerului, care nu are îndeajuns de mult timp pentru sine, care e dezordonat și murdar; a fiului, care prin murdăria și sfidarea de care dă dovadă îi aduce la disperare pe părinți; a fiicei care, prin impolitețea ei, irită toți vecinii; a adolescentului care sosește prea târziu acasă, a soacrei care se amestecă în toate problemele; a prietenului nepunctual; a colegului care se arată arogant etc.

Însăși observarea, încercarea de a nu mai critica și de a mărgini conflictul pot avea efect. Contrariul va fi perceput uneori deja dintr-o altă perspectivă. Un alt efect a cărui importanță trebuie estimată corect este acela în care partenerul are impresia, în etapa observării/distanțării, că nu mai recunoaște persoana respectivă. Comportamentul așteptat, clădit pe o critică permanentă, devine brusc dezamăgitor. Iau naștere bănuieli și neîncrederi: „Ce-a apucat-o pe soția mea?", „Ce urmăresc părinții mei prin asta?" Copilului obișnuit cu critica și cu cicăleala i se va părea suspect comportamentul părinților. Acest tip de comportament nu ajută împăcării.

Dna. Ute S.: „De fapt nu îmi critic soțul niciodată, nici măcar atunci când nu îmi convine ceva nu îi spun“.

Terapeutul: „Îi arătați poate pe alte căi?“

Dna. Ute S.: „ Nu îi arăt nimic. Dar sunt reținută. Iar el observă asta iar câteodată reacționează urât…“

A rezolva problema cu partenerul: Multe lucruri devin o mare problemă de-abia atunci când sunt implicați și alți oameni în afară de participanții direcți. Ceilalți iau parte, dau sfaturi care se contrazic câteodată sau îi atâță pe participanți. De aceea, de multe ori conflictul nu este înnăbușit numai din cauză că participanții nu vor asta, ci pentru că oamenii nu-l pot uita.

Dna. Ute S.: „Nu am pe nimeni cu care să pot vorbi despre grijile mele. Vorbesc câteodată cu mama. De la moartea tatălui sunt mai des cu ea. Ea oricum nu-l poate suferi pe soțul meu și este foarte înțelegătoare cu mine…“

Deja în a doua ședință de psihoterapie, doamna S. a făcut o descriere a obervațiilor acumulate în timpul săptămânii.

Dna. Ute S.: „Soțul meu îmi dă peste cap întregul plan.“

Duminică după-amiaza, ora 15: „Facem o plimbare și totul mi se pare ciudat, amețitor, atât de întunecat și de sinistru și am din nou acest sentiment de teamă. Aș vrea mai degrabă să mor.“

Duminică seara: „Pregătesc copiii pentru culcare, mama este de față și tot meșterește ceva, mă enervează atât de tare încât tremur. Puțin mai târziu sună telefonul, bineînțeles că nu e nimeni.“

Luni dimineața: „Fiica mea s-a trezit și vine în bucătărie. Când am văzut-o indispusă am început să fierb. I-aș fi dat o palmă. Aș fi putut să înnebunesc.“

Este marți seara, ora 21: „Îl aștept pe soțul meu, precis nu va veni acasă înainte de ora 22. Așteptarea asta e insuportabilă, încerc să citesc, dar nu mă pot concentra; la fiecare mașină pe care o aud sar la fereastră. Afară e întuneric, iar de jur împrejur aproape toate luminile sunt stinse. Aș vrea să pot plânge. Mă simt atât de singură.

Este ora 23: Ajunge acasă. E mort de oboseală. Mă gândisem la tot ceea ce aș fi vrut să-i spun, dar el nu are chef de vorbă, vrea să doarmă. Înțeleg asta, dar mă simt atât de deplorabil și de neînțeleasă și la fel de singură ca mai devreme.“

Este miercuri dimineața: „Cel mic caută nod în papură neîncetat, eu sunt gata. Miercuri seara vine în vizită o cunoștință, sunt foarte emoționată.

Mama pleacă în concediu pentru patru săptămâni și, deși mă bucur, trebuie totuși să plâng.“

Este vineri la prânz: „Soțul meu este obosit și prost dispus. Îmi spune câteva lucruri urâte, eu mă simt atât de bolnavă în interiorul meu încât îmi vine să fug.“

Vineri seara: „Sunt, ca de obicei, singură; sunt nervoasă și neliniștită. În ciuda indispoziției, încerc să citesc și să mă uit la televizor, dar trag cu urechea la mașini și aștept, așteptarea mă istovește. Mi-aș dori să merg în pat și să dorm dar știu că nu pot. De ce nu mă pot obișnui cu situația?“

Este sâmbătă dimineața: „Azi noapte soțul meu a venit acasă de-abia pe la două și jumătate noaptea; eu m-am trezit îndată; am încercat însă din răsputeri să nu plâng sau să nu înjur, căci îmi era teamă că aș putea primi din nou o bătaie asemeni celei de mai demult, atunci când am urlat toată noaptea. Dacă nu aș avea copii, aș fugi, așa însă sunt legată de el, sufăr în tăcere și nu pot să-mi iau revanșa.“

Duminică seara: „Ar fi trebuit să fie așa de frumos; este așa cum mi-am imaginat întotdeauna; copiii sunt în pat, soacra nu e etc.; suntem singuri, stăm la masă și mâncăm. Soțul meu vorbește cu mine bine-dispus, privindu-mă bineînțeles din când în când. Simt cum gândurile mă obosesc dintr-o dată, cum mi se face rău și brusc simt cum un val de căldură mă copleșește; îmi imaginez că așa trebuie să fie și la vârsta menopauzei. Mă ascund în spatele unui perete ca să nu mă vadă. Mă simt așa de intimidată în preajma lui, iar asta mă enervează foarte tare; acum ar putea fi frumos. Dar e îngrozitor. Nu mai pot privi pe nimeni în ochi îndelung, înainte puteam face asta ore în șir.“

Luni dimineața: „Azi noapte am dormit foarte rău. În dimineața asta sunt foarte emoționată pentru că trebuie să merg la psihoterapie.“

Valoarea lui Este și valoarea lui Trebuie

Procesul de recalificare la nivelul etapei observării/distanțării este adesea îngreunat de faptul că pacientul vede numai conflictul lui și nimic altceva. Reacția lui la conflict ia dimensiunile unui destin. Are impresia că nu este posibil să nu se enerveze din cauza partenerului, să nu se izoleze sau să nu caute refugiul în boală.

Scopul este acela de a crea atitudini și conduite de comportament alternative. E drept că terapeutul nu are în fapt o soluție ideală. E de datoria pacientului să găsească comportamente alternative. Ca tehnică se folosește așa-zisa metodă a valorii lui Este și a valorii lui Trebuie, o metodă terapeutică dirijabilă a controlului de sine: în primul caz (prima coloană) este descrisă pe scurt situația conflictuală: Din ce cauză te enervezi sau nu te simți bine, când, unde, față de cine și în ce condiții.

În a doua coloană (Valorile lui Este) este descris modul în care s-a reacționat la situația înfățișată: Cum te-ai simțit, cum ai acționat, ce-ai spus, ce-ai gândit? În această parte se încearcă și să se răspundă la întrebarea: De ce reacționez în această situație așa și nu altfel? Ce alte persoane de referință ar mai fi reacționat așa (părinți, frați, profesori, șef)? În cele din urmă se pune întrebarea: Ce consecințe are reacția mea pentru mine și pentru ceilalți? În cea de-a treia coloană (valorile lui Trebuie) este descris, după părerea subiectului, felul în care ar fi putut reacționa mai bine. Și aici trebuie specificat: Unde ar fi dus această modalitate alternativă de a acționa?

Valoarea lui Este conține deci conceptele pacientului, aflate în relație cu situațiile conflictuale ivite. Valoarea lui Trebuie cuprinde, dimpotrivă, conceptul invers, care-i apare pacientului drept o alternativă accesibilă.

Situație	Valoarea lui Este	Valoarea lui Trebuie
Din ce cauză m-am enervat, când, unde, din cauza cui și în ce condiții?	Cum m-am simțit, cum am acționat, ce am spus, ce am gândit?	Cum aș fi putut reacționa altfel (mai bine)?
	De ce reacționez în această situație așa și nu altfel?	La ce ar mai duce această reacție?
	Ce altă persoană de referință ar mai fi acționat asemănător?	
	Ce consecințe are reacția mea asupra-mi sau asupra celor din jur?	

Schemă pentru alcătuirea valorii lui Este și a valorii lui Trebuie

Acest control asupra situației îl determină pe pacient să creadă că nu mai are nevoie de tratament. Ca ajutor orientativ, îi pot fi semnalate pacientului principalele însușiri generatoare de conflicte, atâta timp cât acesta se simte iritat de multitudinea problemelor care-l macină. Doamna Ute S. a făcut în cea de-a treia ședință următoarea descriere a valorilor lui Este și a valorilor lui Trebuie. Acestea au fost discutate în cadrul ședinței terapeutice, elaborându-se totodată conceptele care le stau la bază.

Situație:

Duminică după-amiaza am făcut puțină ordine în casă și am pregătit masa pentru cafea. Intră soțul meu, strânge toate obiectele pentru cafea și reașază fața de masă astfel încât dunga să pice diagonal pe cameră. Are impresia că a creat astfel senzația de lărgire a camerei.

Valorile lui Este:

„Pur și simplu nu m-am mai putut abține și am început să țip la el: Ești exact ca maică-ta. Mă calci pe nervi, lasă-mă în pace. Am alergat apoi în dormitor, fiind total răvășită. Soțul meu a plecat, întorcându-se abia târziu în noapte. N-am mai avut nici un fel de poftă de mâncare, de aceea am pregătit doar câteva fleacuri pentru copii."

Conceptul: „Soacră-mea se amestecă în tot".

Valorile lui Trebuie:

„Nu îmi vine nimic în minte la acest capitol. Pedanteria lui aproape că mă omoară. Dacă mă gândesc mai bine, soțul meu a vrut să aranjeze camera așa cum i s-a părut lui mai bine. Până la urmă nu e chiar așa de rău cu dunga pe diagonală. De ce să nu-și facă și el o plăcere. Ce mă deranjează până la urmă e neîncrederea lui față de felul în care fac eu ordine. Chestia cu soacră-mea e probabil o altă problemă. Sper că vom ajunge să vorbim despre asta la ședința de terapie."

Contraconceptul: „Fiecare are propria lui ordine. Pedanteria soțului meu nu are legătură neapărat cu soacra mea."

Situație:

„Vineri trebuia să mergem să asistăm la o căsătorie, ne-am certat cumplit numai pentru că a venit din nou foarte târziu. Pur și simplu nu a putut. Mașina era în service și nu fusese gata la ora stabilită".

Valorile lui Este:

„Eu și copiii stăteam în fața ușii, gata de plecare, fiindcă el spusese că într-o jumătate de oră plecăm, însă trecuseră deja două ore. Așteptarea a fost cumplită pentru mine și pentru copii. Stăteam în fața ușii. Copiii deveniseră nervoși, încât trebuia să-i cert aspru ca să înceteze. Iar vecinii se uitau curioși pe fereastră. Era o situație extrem de penibilă."

Conceptul: „Lucrez după ceas. Dacă am stabilit o oră de întâlnire trebuie să fiu gata cu cel puțin o jumătate de oră înainte."

Valorile lui Trebuie:

„Nu știu dacă reușesc, dar ar fi trebuit să mă fi comportat altfel: să mă fi întors cu copiii în casă și să mă fi jucat cu ei până când venea soțul meu să ne ia. Cred că până să ajung să pot face asta trebuie mai întâi să-mi rezolv propriile probleme".

Contraconceptul: A te orienta nu numai după ceas, ci și după situație.

Situație: Astăzi, la 8.30, soțul meu a plecat de acasă. Mi-a spus că până la 16 va fi înapoi, fiindcă eu trebuia să merg la terapie și nu era nimeni altcineva disponibil să stea cu copiii. A zis: „Cel târziu la 2 sau 3 sunt acasă, nu-mi pune masa, nu vin cu siguranță târziu, până când va trebui să pleci tu, eu voi fi de mult acasă." Eu însă nu mă bazez pe asta, fiindcă până acum m-a dezamăgit de fiecare dată. Deși știam în sinea mea că va fi acolo, toată după-amiaza am fost neliniștită și am sperat. După terapie am plecat acasă, până acum a venit cu siguranță, atunci însă nu venise.

Valorile lui Este:

Am încercat să lucrez la ceva acasă, însă nu mă puteam concentra, iar așteptarea devenise din ce în ce mai insuportabilă. După ce în sfârșit i-am dus pe copii la culcare mi-am pierdut din nou speranța, devenind tristă și apatică. Mă simțeam atât de singură, nici nu pot descrie în cuvinte. Simțeam că soarta mă nedreptățește pe mine, care fac totul pentru soțul meu. La ora 22 a sunat telefonul. Era într-adevăr soțul meu. Suna din afara orașului pentru ca eu să nu-mi fac griji. Muncise până în acel moment, iar acum venea acasă. L-am întrebat de ce n-a sunat la prânz. A răspuns că n-a avut posibilitatea. Apoi m-a întrebat de ce sună vocea mea atât de deprimant și dacă s-a întâmplat ceva acasă. L-am întrebat dacă chiar nu realizează că l-am așteptat toată ziua. Mi-a spus: „Așadar, tot din vina mea. Încetează, te rog. Nu se mai poate face nimic. Vin îndată acasă. E deja ora 23." Între timp venise mama mea, era foarte mirată că sunt încă singură la ora asta și a început să-l înjure pe soțul meu. Dar asta nu face decât să înrăutățească situația, pentru că nu duce la altceva decât la o nouă ceartă cu ea.

Valorile lui Trebuie:

Pacienta abandonase valorile lui Trebuie. Prin gestica: Nu mai pot singură, arată tu ce poți, a dat dovadă de o atitudine ostentativă, ca și cum ar fi dorit să reducă întreaga ședință la obținerea unui răspuns satisfăcător. Am renunțat la ideea de a-i mai oferi pacientei o soluție greu de acceptat de ea în acel moment. În locul acesteia, am făcut apel la o atitudine pasivă de așteptare și la pretențiile ei absolut necesare, precum a accepta să se lase contrazisă, și i-am spus „Povestea turbanului".

Um om fusese târât 40 de ani prin deșerturi și prin orașele țării, fără a purta nimic pe cap. De multă vreme îl chinuiau dureri de cap, care se accentuau seara și dimineața devreme, atunci când temperatura scădea sau când, dimpotrivă, atingea cote maxime. Într-o zi, un prieten îi spuse: „Nu e de mirare că ai dureri de cap, de vreme ce nu îți protejezi niciodată capul de intemperiile vremii sau de vântul rece ce suflă noaptea în deșert. Prietene, vino cu mine, mergem împreună să cumpărăm stofă pentru un turban". Omul fu de îndată entuziasmat de sfat.

Mergea atât de repede încât prietenul nu-l mai putea urma; în bazar nu așteptă să-i vină rândul, ci puse de îndată mâna pe prima stofă mai bună pe care o văzu, strigând: „Repede, repede, îmi îngheață capul și nu mai pot suporta frigul". Atunci prietenul grăi: „40 de ani la rând ai mers fără turban, iar acum nu mai poți aștepta două minute ca să-ți găsești stofa potrivită și să-ți acoperi capul cum trebuie." (după Abdul-Baha).

Dna. Ute S.: „Aveți impresia că țin neapărat să-mi rezov problema astăzi și nu mâine. Pe de altă parte, între mine și soțul meu problemele au prins rădăcini prea adânci".

Terapeutul: „O problemă care s-a dezvoltat în 32 de ani nu poate fi rezolvată în câteva ore".

În urma acestei discuții, am putut analiza aspectele individuale ale situației expuse.

Aspecte ale terapiei în etapa observației

Stadiul de dezvoltare al pacientului, capacitatea lui de examinare, precum și propriile necesități decid cu ce intensitate, cât timp și cu ce consum rămâne la nivelul observației/distanțării. După experiența mea, această etapă necesită două până la patru ședințe, poate fi însă încheiată și într-o singură ședință, după cum, la fel de bine poate dura șase săptămâni. În cazul partenerilor conjugali care au probleme persistente, sexualitatea fiind și ea inclusă aici, s-a menținut, în scopul sprijinirii etapei distanțării, acea interdicție de a mai avea relații sexuale, interdicție care, în condițiile date, poate prelungi etapa observării/distanțării (durata medie a abstinenței sexuale: trei până la șase săptămâni).

În etapa distanțării/observării se află în prim-plan, în funcție de structura terapiei, stadiul uniunii. Terapeutul își acceptă pacientul așa cum este, își face timp pentru el și este răbdător atunci când pacientul are nevoie de o pauză de gândire sau când se exprimă incoerent. Situația normală este aceea în care pacientul povestește, terapeutul ascultă și este pregătit de a face conexiuni.

Sarcina principală a diferențierii este aceea de a încercui situațiile conflictuale discutate și de a le specifica. Nu mai domină un sentiment general, precum „Mi-e teamă", ci situațiile în care teama apare, precum și capacitățile actuale aflate în legătură cu ea.

Pe lângă aceasta, sunt tematizate conceptele implicate în conflicte și neînțelegerile iscate de ele. Chiar și atunci când nu se așteaptă o schimbare structurală a atitudinilor sau a comportamentelor, prelucrarea ne-

înțelegerilor actuale creează premisa pentru procesul terapeutic ulterior. Dna. Ute S a abordat bine tema neînțelegerii relativității valorilor. La această temă, dna. Ute S. a adus întotdeaua, în cadrul ședinței de psihoterapie, spontan și de bună voie, exemple din relația ei cu partenerul și cu soacra. Acest proces poate fi întărit prin povestiri și fabule, care, prin exemple caricaturale, înlesnesc recunoașterea neînțelegerilor tipice.

Aspectul detașării este cumulat cu sarcina de a nu mai examina critic și de a corecta valorile lui Este și pe cele ale lui Trebuie. Prin aceasta, pacientul primește în afara ședinței de psihoterapie, o temă pentru propria sa viață. Dificultățile ivite pot avea valoare simptomatică și trebuie luate în seamă de terapeut.

La acest nivel începe un proces al diferențierii ce derivă din observarea propriului comportament și a propriilor trăiri, dar și din observarea comportamentului partenerului, situând în prim-plan funcția simțurilor. Pacientul începe să delimiteze conflictul și să-l descrie. Astfel, tendința de generalizare cunoaște procesul invers. Pentru mulți pacienți, această confruntare cu sine însuși, precum și cu timpul sau cu răbdarea necesară terapiei, constituie o experiență de bază.

Autoajutorarea în etapa observării/distanțării

Observați comportamentul partenerului dumneavoastră. Notați ceea ce vă enervează. Descrieți exact situația în care vă enervați. Nu criticați în timp ce vă observați partenerul. Nu dați sfaturi în această perioadă, chiar dacă ele sunt binevoitoare. Problemele sunt treburi private; nu vorbiți despre problemele dvs. cu persoanele care nu sunt implicate direct în conflict. În caz de anxietate nu vorbiți cu nimeni, nici măcar cu partenerul, despre temerile dumneavoastră. Pentru acest lucru există terapeutul. În loc să vorbiți despre anxietăți, notați mai bine situațiile în care acestea apar. În cazul problemelor sexuale, respectiv al problemelor conjugale persistente, renunțați la relațiile intime timp de trei săptămâni (în această perioadă nu trebuie avute nici un fel de relații intime). Înlocuiți relațiile sexuale prin tandrețe și apreciere. Aceste măsuri controlate de terapeut ar trebui să ajute la distanțarea de sfera conflictuală. Delimitați-vă conflictele cu ajutorul valorilor lui Este și al celor ale lui Trebuie. Inițiați comportamente alternative.

Capacități actuale și medii implicate: Răbdare, timp, corectitudine, politețe, onestitate, mijloacele simțurilor.

Atenție la neînțelegerile: Relativitatea valorilor, dreptate-iubire, generalizare, identificare-proiecție.

Mitologii și concepte: „A păstra distanța necesară față de tablou“ (p. 279), „Negustorul și papagalul“ (p. 202), „Chibzuința cea scumpă“ (p.199), „Timpul ca obstacol“ (p. 199).

Etapa 2: Inventarierea

Etapa inventarierii este centrată pe pacient. În timp ce inventarul analitico-diferențial (IAD) îi mijlocește terapeutului, la interviul preliminar, în primul rând o imagine de ansamblu legată de poverile pacientului, deținând o funcție diagnostică, în această nouă etapă, inventarul analitico-diferențial este introdus cu scop terapeutic. Pacientul primește sarcina de a alcătui un inventar analitico-difernțial, atât pentru el cât și pentru partenerul său de conflict, și anume în cadrul programului de autoajutorare dintre două ședințe. Acest inventar face posibilă descrierea sistematică a însușirilor, conduitelor și capacităților. Odată realizată această descriere, este necesară o imagine cuprinzătoare asupra propriei persoane, dar și asupra partenerului, iar mai târziu o încurajare cu scop precis.

Inventarul analitico-diferențial oferă pacientului informații concrete cu privire la capacitățile actuale pozitive sau negative. Gradațiile sunt redate pozitiv sau negativ. Situațiile în care e evident ce comportamente sunt active, față de cine, când și cât de des, ele vor fi consemnate în scris. Inventarul analitico-diferențial servește aici drept ajutor observației sistematice. Important este ca partenerul să analizeze, cu ajutorul inventarului analitico-diferențial, propriile calități, dar și pe cele ale partenerului.

Dna. Ute S. și-a întocmit, pentru ea și pentru soțul ei, propriul IAD. Din acesta a reieșit că prezentarea pacientei corespundea în linii mari celei expuse la primul interviu. Declarațiile spontane corespundeau întru totul celor din primul interviu. Dna. Ute S. a declarat că la primul interviu ar fi putut să vorbească mai liber, la completarea IAD a pus însă în balanță fiecare cuvânt și nu a mai fost la fel de spontană:

Inventarul analitico–diferențial (IAD, forma prescurtată) completat de o pacientă în vârstă de 32 de ani (dna. Ute S.), suferind de depresie, anxietate și probleme conjugale.

Capacități actuale	Eu	Partenerul	Enunțuri spontane Cine/Unde/Când/Frecvență
Punctualitate	+++	– – –	Pune mare preț pe punctualitate. Soțul meu nu este punctual și nu pune mare preț pe punctualitate.
Curățenie	++	++	Nu avem probleme din acest punct de vedere și dăm importanță curățeniei, în special celei a hainelor și celei corporale.
Ordine	+	+++	Sunt ordonată, dar soțul meu e de-a dreptul pedant.

Supunere	++	+	În discuții mă răzvrătesc câteodată însă cedez apoi din nou…
Politețe	+++	+	Țin întotdeauna cont de ceilalți, chiar dacă nu sunt foarte răbdătoare. Soțul meu se înțelege bine cu cei din jur, dar nu e la fel de atent.
Sinceritate/ Francheț e	+	++	Sunt de părere că trebuie să fim onești, deși îmi este greu câteodată să-mi exprim părerea public. Soțul meu este contrariul.
Fidelitate	+	+	Ar fi îngrozitor să aflu că soțul meu are o altă femeie.
Dreptate	++	+ -	Pentru mine dreptatea este foarte importantă. Când e vorba de nedreptate, mă pot enerva foarte tare, iar câteodată am sentimentul că soțul meu este nedrept față de mine și față de părinții mei.
Hărnicie/ Performanță	++	++	Soțul meu ar trebui să-și schimbe în primul rând slujba, pentru a putea duce în sfârșit o viață normală…
Chibzuință	+	+	Nu cheltuim bani aiurea. La mâncare însă nu facem economie, la acest capitol suntem foarte generoși.
Seriozitate	++	+ –	În ceea ce privește slujba lui este foarte serios, numai când e vorba de familie nu își poate respecta termenele.
Răbdare	–	+	Soțul meu este mult mai răbdător decât mine…
Timp	+ –	–	Soțul meu nu își poate împărți corect timpul. Întotdeauna intervine câte ceva. Eu îmi planific timpul exact iar când intervine ceva neprevăzut mă dă cu totul peste cap.
Încredere/ Speranță	– –	+	Am prea puțină încredere în mine și în cei din jur.
Contact	– –	+ +	Soțul meu are mult mai multe contacte cu cei din jur decât mine.
Sex–Sexualitate	+ –	+ +	În ceea ce privește relațiile sexuale soțul meu este mult mai dezinvolt. Îmi iubesc foarte mult soțul și îmi închipui adesea cum o să mă port când va intra pe ușă. Dar pentru că este atât de departe mă simt neajutorată, inhibată, rece și cu o grămadă de handicapuri.
Credință/ Religie	–	–	Religia nu este importantă pentru noi.

La o prelucrare intensivă și la pacienții cu handicapuri intelectuale este posibil ca inventarul să fie realizat progresiv și fracțional: Se realizează mai întâi o apreciere a propriei persoane iar apoi a partenerului etc. Se oferă astfel posibilitatea de a vedea partenerul, dar și

pe sine însuși nu doar într-un mod limitat la câteva trăsături negative, ci în multitudinea capacităților. Este introdusă astfel o experiență care pentru unii oameni pare neobișnuită: „Soțul meu nu este chiar așa de rău precum îl credeam. Are de fapt o multitudine de însușiri pozitive pe care eu nu i le-am perceput corect până acum.“ Această distincție facilitează acordul cu partenerul și pune bazele unei încrederi reciproce:

> „În sfârșit partenerul meu nu îmi mai vede doar greșelile.“ „Nu mai sunt doar un om de nimic, așa cum am crezut întotdeauna.“ (Student, 24 de ani, suferind de mari inhibiții)

În următoarea ședință terapeutică va fi analizat inventarul analitico-diferențial (IAD) al pacientului: În prim-plan se află temele conflictuale alese de pacient, cele care sunt cel mai puternic marcate emoțional și care pot fi tratate cel mai ușor terapeutic. Diferențierile insuficiente, recunoscute de terapeut în cadrul primului interviu, vor fi acum împărtășite pacientului. În discuția terapeutică vor fi diferențiate, pe baza inventarului realizat de pacient, pozițiile față de partenerul de conflict, respectiv față de situația conflictuală, sub aspectul capacităților actuale. Astfel, împreună cu terapeutul — care poate invoca inventarul analitico-diferențial din ședința preliminară — vor fi completate și rescrise descrierile pacientului cu ajutorul asociațiilor făcute. Ca diferențiere fundamentală ce reflectă dimensiunea simpatie-antipatie, se vor enunța domeniile și capacitățile evaluate negativ și pozitiv. Și acest proces stă sub aspectul reducerii generalizărilor generatoare de conflicte și al lărgirii câmpului vizual limitat nevrotic.

Un indiciu al tulburărilor de comportament este în primul rând supraaccentuarea unilaterală a capacităților actuale individuale. O capacitate actuală sau o grupă de astfel de capacități este adusă excesiv în centrul atenției, în timp ce alte capacități sunt observate doar marginal sau sunt chiar complet ignorate. Exemplele cele mai concludente erau întâlnite în tipologiile în care capacitățile primare sau secundare, respectiv ambele grupe de capacități desemnau alternativ conceptul principal al omului. Inventarul analitico-diferențial ajută la realizarea unei distincții între capacitățile actuale, adică la a vedea și acele capacități cărora nu li se acordă de obicei atenție.

Această distincție insuficientă, ca trăsătură a conflictelor psihosociale, privește nu numai relația dintre capacitățile actuale, ci mai mult, forma de reliefare a fiecărei capacități în parte. Se distinge astfel următoarea situație conflictuală:

O mamă vine acasă și vede că, în ciuda somațiilor repetate, pe coridor încă se mai găsește ghiozdanul și încălțările fiicei sale, pe care o ceartă, spunându-i: „Ești o leneșă“. În felul acesta, ea face aluzie doar la capacitatea actuală „hărnicie/performanță“, nefiind pe deplin corectă față de copil și de situație. Fata a fost toată dimineața la școală, imediat după școală a fost la cumpărături pentru mama ei și și-a făcut și ordine în cameră. A fost deci harnică și ordonată. A mai rămas doar un colț de coridor, unde se aflau ghiozdanul și încălțările (special pentru a nu murdări covorul cel nou).

Din punct de vedere calitativ, această specificare înseamnă altceva decât catalogarea drept „leneșă“. Aceasta se referă exclusiv la o situație anume, ce include o relație pozitivă cu partenerul, care nu trebuie să se teamă de faptul că a încălcat, o dată sau repetat, o normă respectată de ceilalți. Enunțul: „Ești o leneșă“, „Cu leneșii nu vreau să am de-a face“ este înlocuit prin: „În ciuda hărniciei tale, în zona asta tot este dezordine. Poți (putem)/ai putea să rezolvi asta“.

„Totul e numai din vina mea.“

O pacientă în vârstă de 27 de ani venise la ședința de terapie după ce prietenul ei o părăsise. Se simțea vinovată din această cauză și se considera responsabilă pentru faptul că nu i-a stat îndeajuns de mult alături prietenului. Ea îl idealiza și încerca să-i vadă numai laturile pozitive, ceea ce o determina să vadă despărțirea ca fiind de nesuportat. Această pacientă a completat inventarul analitico-difernțial. A ieșit în evidență faptul că făcuse numai evaluări pozitive. Acolo unde ar fi trebuit să se afle evaluări negative, pacienta nu a notat nimic. Ea a încercat să ascundă această idealizare pe cât de bine a putut. Până și la întrebarea, de ce nu ați făcut nici o evaluare asupra capacităților actuale particulare, ea a reacționat agresiv: „E numai vina mea.“

Încercarea de a fi îndepărtat frontal sentimentul de vinovăție nu ar fi dus decât la o accentuare a opunerii de rezistență din partea pacientei și la o prelungire a duratei terapiei. În loc să facă acest lucru, terapeutul i-a relatat o poveste despre „*poruncile împărțite*“:

Un negustor dădea o masă festivă. Invitații erau ospătați cu bucate alese. Pe o masă lungă se găseau platouri cu orez aburind, kabab, vinete, friptură de vită, lângă bucățile mari de carne înotau piepți de pui fragezi și albi. Aceștia erau înconjurați de struguri, pepeni, castraveți și portocale. Carafe pline cu nectar trebuia să potolească setea oaspeților. Oaspeții se înfruptau din toate aceste bunătăți. Și în special un persan. Acesta se îndopa cu tot ce putea, iar atunci când nu mai putea înghiți bine, se ajuta de o carafă cu suc. Mâncase atât de mult încât figura lui luă forma unui pepene. „Oh, Mullah“, îi spuse un alt oaspete, „Vrei să mori, ce ai de mănânci atât de mult și de repede?“ Cu gura plină și mușcând dintr-o felie de pepene, acesta replică: „Ce ne-a spus profetul? Ne-a spus: Beți și mâncați! Eu nu fac decât ce ne-a poruncit profetul“. „Însă Domnul și profetul au spus și: „Nu exagerați, cu măsură!“, replică oaspetele. Atunci mulahul spuse: „Nu sunt eu singurul credincios, și voi sunteți credincioși. Prima parte a poruncii:“Mâncați și beți“ o respect eu. Cealaltă jumătate a poruncii: „Nu exagerați, cu măsură“ ar trebui s-o respectați voi“. Așa grăi mulahul și se mai înfruptă din niște struguri. (Poveste orientală)

Aici nu se vorbește nici despre sentimentul vinovăției, nici despre idealizare sau trăsături negative ale partenerului. Relevanța poveștii pentru pacient este următoarea: Pentru a putea judeca ceva corect este mai întâi nevoie să ai o imagine de ansamblu. La următoarea ședință de terapie, pacienta a adus inventarul analitico-diferențial completat integral, făcând mențiunea: „Acum am și cealaltă jumătate a fostului meu prieten“.

Conflictul fundamental al pacientului

Procesul terapeutic, axat până în acel moment în special pe conflictele actuale, va fi acum îndreptat către conflictul fundamental. În acest fel este pusă în lumină povestea inițială a capacităților actuale, adică atitudinile și comportamentele conflictuale: Cum era relația cu părinții în ceea ce privește „punctualitatea“, „ordinea“ etc.? Existau probleme sau dificultăți în ceea ce privește punctualitatea? Ce amintiri și asocieri din copilărie, adolescență sau de mai târziu faceți cu această capacitate actuală?

Conflictul fundamental nu va fi privit drept conflict fundamental al întregii personalități, ci ca un conflict al pacientului în câmpul unei capacități actuale critice sau al unui mediu al capacității principale. Astfel se preîntâmpină de la bun început o greșeală des întâlnită, respectiv posibilitatea de a extinde conflictul fundamental asupra întregii personalități. Personalitatea este mult prea complexă; chiar și atunci când ai impresia că ai identificat conflictul principal al personalității, ai descoperit de fapt, de regulă, numai niște structuri patologice, ce pot fi catalogate drept conflict fundamental, ca o structură a unei personalități conflictuale, nevrotice. Redăm conflictul fundamental în relație cu factorii individuali implicați, care s-au dovedit a fi relevanți pentru situația conflictuală a pacientului. Prin aceasta se ajunge ca pacientul să devină conștient de fondul atitudinilor sale, de așteptările și conceptele comportamentale, învață să le sesizeze în poveștile de viață indivi-

duale și să le aducă în discuție ca pe niște atitudini valoroase dobândite istoric, ca și cum ar putea să facă toate acestea numai cu calități ale personalității.

Experiențele trecutului se contopesc cu tradițiile colective într-un concept de bază individual. Pot fi pe de o parte atitudini generale, într-o oarecare măsură linia directoare a vieții, sau ele se pot limita la anumite comportamente. Un exemplu pentru o asemenea mitologie este afirmația: „Ordinea este jumătatea vieții“, enunțată de un individ aproape bolnav de ordine. În acest concept de bază se împletesc multe fire și ale altor atitudini sau conduite comportamentale. Odată recunoscut factorul comun, procesul terapeutic poate decurge urmărind un scop precis. Conceptul fundamental redă ceea ce omul a salvat pentru prezent drept chintesență a experiențelor sale de viață; acesta e pentru el linie directoare și scară de valori. Astfel de concepte principale pot apărea atât nemijlocit, dar pot fi și influențate de anumiți scriitori preferați, poeți sau direcții artistice.

Terapeutul se orientează asupra domeniului care reprezintă pentru pacient cea mai importantă apropiere de sine. De cele mai multe ori este vorba de domeniul în care pacientul dă cel mai adesea greș și căruia îi acordă cea mai mare importanță. Tocmai de aceea, adevărata lui relevanță pentru situația conflictuală ivită nu poate fi stabilită de la început. Mai mult, poate servi drept treaptă pentru alte legături care joacă un rol mai puțin important în viața pacientului sau în dinamica conflictului. În cazul dnei. Ute S., plecăm mai întâi de la conflicte legate de punctualitate și ordine, ajungând apoi la potențiale conflicte, precum: politețe, sinceritate, timp, contact și fidelitate. Dna. Ute S. își amintește o seamă de întâmplări strâns legate de prezentarea actuală a problematicii punctualității și dintre care unele sunt redate în continuare.

Situații legate de punctualitate în cazul dnei. Ute S.

„Punctualitatea reprezintă pentru mine încredere și ordine totodată. Pe vremea când eram copil, la noi în casă domnea întotdeauna punctualitatea. Când mama pleca la cumpărături sau avea ceva de rezolvat, spunea întotdeauna când se întoarce, iar eu puteam avea încredere că ceea ce spunea era adevărat. Și reciproca era valabilă. Și mama mea se putea baza întotdeauna pe mine. O dată, când eram puțin mai mare și aveam un prieten secret, nu am venit la timp acasă. Se făcuse deja întuneric, iar mama și tata începuseră să-și facă griji, așa că au chemat poliția. Când m-am întors, acasă domnea o atmosferă foarte încordată, iar eu eram sigură că anunțaseră poliția. Multă vreme nu mi-a ieșit din minte această întâmplare. Și la școală am fost întotdeauna punctuală, mai degrabă veneam mai devreme, dar niciodată prea târziu. La întâlniri veneam întotdeauna prea devreme. Și eram mereu dezamăgită când celălalt întârzia. Cu soțul meu m-am împrietenit încă de foarte devreme, iar el venea întotdeauna târziu. Deși știa că eu sunt acasă și îl aștept.

Mai târziu, când am început să lucrez, plecam atât de devreme, încât puteam să-l prind din urmă pe soțul meu. El își lua întotdeauna timp și nu se uita la ceas. Eu trebuia să mă uit permanent la ceas. Seara mergeam întotdeauna la timp în pat ca să mă pot trezi a doua zi dimineața. Mă trezeam la 6, dar de cele mai multe ori nu mai era nevoie să aștept să sune ceasul, mă trezeam și fără. Iar apoi mă învârteam aiurea pentru că aveam prea mult timp. Chiar și în pauza de masă, căci aveam o jumătate de oră, mă uitam permanent la ceas atâta timp cât mâncam în cantină.

Când am terminat cu studiul, mi-am făcut un plan. La 4 ar fi trebuit să termin cu munca. Asta se întâmpla însă abia de cinci ori pe lună. Mă îmbolnăvea faptul că nu puteam să-mi respect planul. Astăzi mi se întâmplă la fel cu punctualitatea, lucrez întotdeauna după ceas. Îmi stabilesc o oră până la care trebuie să rezolv ceva anume și sunt foarte tristă dacă nu reușesc. Chiar și atunci când se anunță vizite eu sunt gata cu pregătirile mult mai devreme decât ar fi necesar. Sau când cineva vrea să-l scoată la plimbare pe unul dintre copiii mei mă grăbesc astfel încât copilul să fie gata la fix. Atunci când mergem în vizită și ne-am anunțat spre exemplu pentru ora 4, mă grăbesc ca o nebună și devin extrem de nervoasă dacă ajungem chiar și cu câteva secunde mai târziu.

Aș da orice ca soțul meu să vină zilnic acasă la timp, aș renunța la niște bani în plus pentru asta. Chiar și când spune astăzi mergem în oraș, să fiți gata la ora 3, eu sunt gata deja de la 2 și jumătate și aștept. Dacă spune astăzi trebuie să mănânc la 12, masa va fi cu siguranță gata deja de la 12 fără un sfert, și chiar dacă pentru asta trebuie să mă spetesc încât încep să tremur, trebuie să fiu gata la timp. Nimic nu e mai îngrozitor pentru mine decât să fiu nevoită să aștept. În fiecare seară trebuie să aștept pentru că nu știu niciodată când vine. Asta mă înnebunește, fiecare secundă devine o veșnicie, iar eu sunt atât de tristă și de singură (…) Îmi vărs nervii asupra copiilor atunci când soțul meu mă lasă să aștept. Știu că nu e în regulă dar nu pot face nimic să repar asta.“

În completarea sau în locul punctualității, ar putea fi tematizate și alte conținuturi implicate în conflicte. Din punct de vedere terapeutic, acest procedeu prezintă avantaje considerabile:

Prin tematizarea unui domeniu putem provoca o regresie răspândită asupra celorlalte conținuturi individuale. În acest fel, putem preîntâmpina o regresie generală a personalității, periculoasă în cazul pacienților labili.

Totodată, problematica exagerării este dezamorsată. În cazul procedeelor orientate spre conținut sau etapizate, exagerarea este într-o oa-

recare măsură fracționată astfel încât problematica pacient-terapeut nu se mai inundă asemeni maselor de apă ce inundă digul.

Drept conflict principal sunt considerate a fi nu numai întâmplările unor faze critice ale copilăriei, ci, mai mult, toate întâmplările care au contribuit la crearea fundalului pentru conflictul actual. Pacientul află că acest comportament problematic al lui se bazează pe un întreg lanț de procese de învățare, are deci propria lui tradiție. Dacă povestea dezvoltării conflictului este limitată, pacientul nu îl va mai percepe în aceeași măsură ca periculos și străin.

În strânsă legătură cu această diferențiere se află o descărcare emoțională: Problema poate fi discutată la obiect. Pe fundal se află tradiția individuală, drept tradiție a capacităților actuale, a mediilor, a conceptelor și neînțelegerilor, precum și tradiția personalității în situația ei istorico-socială. Astfel legătura dintre situația conflictuală actuală și condițiile apariției ei devine transparentă, atât de vii se află în amintirea pacientului.

Prin acest proces fracționat se creează asocieri și sunt scoase la iveală amintiri ce ocupau până atunci un loc marginal în viața pacientului, amintiri refulate și la care nu mai avea acces. Are loc astfel un fel de restructurare prin care sunt aduse în lumina conștientului întâmplări, atitudini sau valori ce stătuseră până atunci multă vreme în umbră, din cauza orientării nevrotice a pacientului. Pacientul învață să-și manevreze propriul trecut și să-și proiecteze în viitor acest trecut ciudat, ca o oglindă a prezentului.

Conflictul fundamental al partenerului

Pe lângă conflictul fundamental al pacientului, poate fi implicat și un conflict fundamental, special, al partenerului. Comportamentul partenerului nu va fi privit doar ca pe un dat faptic, ci analizat pe baza fundalurilor sale. Se caută explicații plauzibile pentru comportamentul său. Astfel se relativizează neînțelegerile iscate, ce au la bază interpretări eronate în sensul identificării, proiectării sau generalizării:

De ce se comportă așa partenerul meu? Ca să-mi arate că nu mai valorez nimic pentru el? Că nu mă mai iubește? Că are pe altcineva mai bun ca mine? Vrea să scape de mine? Ca să-și arate incapacitatea de a iubi? Incultura? Incapacitatea de a se transpune în locul meu? etc.

Drept argumentare pentru comportamentul nepunctual al soțului său, dna. Ute S. notează: „Vrea să scape de mine, vrea să mă înnebunească." În baza acestei idei, un alt coleg terapeut care o tratase își exprimase suspiciunea unei „manii a persecuției".

Soțul pacientei a fost adus și el la cea de-a șaptea ședință de terapie. Pacienta nu a fost prezentă la această ședință. Soțul a intrat agresiv în sala de terapie, respingând de la bun început orice încercare terapeutică posibilă.

Soțul: „Nu știu de ce trebuie să fiu eu aici. Am o slujbă. Ce am eu de-a face cu depresiile soției mele? Mi se pare o prostie. Dacă ar încerca măcar puțin să-și adune puterile, totul ar merge bine."

Terapeutul: „Sunteți de părere că nu aveți nici o legătură cu depresiile soției dvs.?"

Soțul: „Normal că nu!"

Terapeutul: „Aș vrea să vă spun o scurtă istorioară:"

Responsabilitățile împărțite

„Nu mai suport. Obligațiile astea sunt asemeni munților pe care nu-i mai pot clinti din loc. Dimineața devreme trebuie să te trezesc, să fac curat în casă, să curăț covoarele, să am grijă de copii, să fac cumpărăturile din bazar, seara să-ți pregătesc orezul preferat, iar noaptea să te răsfăț." Așa îi vorbea într-o zi o femeie soțului ei. Mușcând dintr-un copan de pui, soțul zise: „Ce s-a întâmplat? Toate femeile fac ceea ce faci tu. Ba la tine e chiar foarte bine. În timp ce eu am toată răspunderea, tu stai acasă. „Ah", suspină femeia. „Dacă ai putea să mă ajuți măcar puțin." Într-un moment de curaj, bărbatul făcu următoarea propunere: În timp ce soția va rămâne răspunzătoare de tot ce se întâmpla în casă, el va prelua sarcinile din afara ei. Această împărțire a sarcinilor avu drept rezultat o foarte bună înțelegere între soți, pentru multă vreme. Într-o zi, după cumpărături, soțul se afla cu prietenii într-o cafenea, fumând mulțumit dintr-o pipă. Un vecin intră fulger și strigă agitat: „Vino repede, casa ta arde". Bărbatul își scoase pipa din gură și grăi cu o nemaipomenită nepăsare: „Fii drăguț și spune-i soției mele, căci ea este responsabilă de tot ce se întâmplă în casă. Eu răspund doar de ce e în afara ei". (Poveste persană)

Soțul: „Comic, comic. N-am mai auzit povești de o grămadă de vreme. O să vă spun ceva: Am atâtea pe cap și trebuie să rezolv atâtea, încât nu mai am timp de nimic altceva. În cafenele nu stau în nici un caz. Însă într-o privință aveți dreptate. La noi chiar arde casa. Eu mă pregătesc întotdeauna înainte să vin acasă, iar soția mea mă crede un ursuz."

Cu asta s-a spart gheața. El, prototipul omului de oțel, a recunoscut că boala soției îi cauza și lui greutăți. S-au pus astfel bazele unui nou dialog, în care el trebuia să preia rolul pacientului și să-și înțeleagă problema.

După ce și-a exprimat părerea cu privire la problema lui, omul a adăugat domeniile „punctualitate" și „ordine". A insistat asupra fap-

tului că de altfel nici nu vrea să ajungă atât de târziu acasă. Pentru el a devenit o adevărată problemă faptul că nu știe exact când poate ajunge acasă:

„Între timp lucrurile au devenit de așa natură, încât îi spun soției mele că ajung mai devreme acasă doar pentru a nu mai vedea dezamăgirea din ochii ei. Mă simt cu adevărat pus sub presiune. Soția mea mă întreabă continuu: când vii? Și pentru a nu o dezamăgi, îi spun o oră, pe care nu o pot respecta decât atunci când nu intervine nimic la mijloc."

Cu privire la conflictul de bază, el a relatat: „O admir pe mama mea, cât de perfect își conduce gospodăria. Desigur, uneori acest lucru m-a călcat pe nervi destul de rău. Atunci când eram mici, ne înarma pe toți cu cârpe de șters praful și apoi venea și verifica dacă am șters praful cum trebuie. Dar, chiar dacă uneori mă eschivam de la această activitate, trebuie să recunosc că avea dreptate: praful este un lucru îngrozitor, și dacă în apartament stau toate claie peste grămadă, pur și simplu nu te poți simți bine acolo (…) Uneori nu pot înțelege acest fanatism al soției mele, legat de punctualitate. Desigur, punctualitatea este importantă, dar anumitor lucruri trebuie să le acorzi mai mult timp (…) De fapt, mama mea era o nepunctuală cronică. Întotdeauna găsea ceva de făcut în gospodărie, încât ajungea la nu știu ce festivități în cel mai bun caz în ultimul moment. Uneori era chiar penibil, pentru că ajungeam prea târziu și de exemplu la teatru nu mai eram lăsați să intrăm. Consecința a fost că ne făceam puține planuri împreună.

Tatăl meu s-a împăcat destul de bine cu această chestiune. La școală ajungeam în ultimul minut și eram foarte mândru de asta. Un minut prea devreme e până la urmă la fel de nepunctual ca un minut prea târziu. Ceea ce nu îmi place este să îi aștept pe alții, de exemplu o jumătate de oră la cinema, înainte să înceapă filmul, sau la gară, până când în cele din urmă vine trenul. Pentru că nu puteam să suport asta, ajungeam mereu în ultimul moment, și nu rareori mai vedeam din tren numai luminile din spate. Nu pot să suport nici când soția mea e gata cu câteva ore înainte. Am încercat deja să o dezobișnuiesc de această manie a punctualității pe care o are, și uneori întârziam acasă intenționat, lăsând-o să aștepte. Dar nici acest lucru nu a avut vreun efect (…) Uneori chiar mă enervează. Mi se pare atât de restrictiv să fiu acasă la minut și să mai încasez în cele din urmă și reproșuri pentru că doresc să ridic prin munca mea nivelul de trai al familiei…"

Aceste enunțuri constituie numai fragmente din expunerile soțului. Din ele reiese că el poseda o serie de concepte care, cu o probabilitate apropiată de certitudine, trebuiau să ducă la neînțelegeri și conflicte cu conceptele pacientei, putând deveni obiect al terapiei ulterioare. Această investigare are ca scop, mai mult chiar decât clarificarea propriilor

dispoziții conflictuale, deslușirea neînțelegerilor și a dificultăților de interacțiune propriu-zise. Înțelegerea motivelor partenerului este discutată pe larg în dialogul cu pacientul. Scopul este acela de a cerceta legăturile cu privire la relația avută cu realitatea, adesea considerate firești, existente între comportament și motiv în percepția pacientului, și de a elimina fixațiile.

Aspecte terapeutice în etapa inventarierii

Accentul este pus aici mai puternic pe treapta deosebirii, pacientul trebuind însă să fie mereu conștient de atașamentul față de terapeut. Pacientul este introdus în utilizarea IAD-ului, pe care îl aplică la alegere propriei persoane, partenerului său de conflict, persoanelor de referință din copilărie și trecutului său personal. Sarcina ședinței terapeutice constă în special în clarificarea trecutului învățat, cu privire la fiecare capacitate actuală și mediu în parte, precum și înțelegerea de către pacient a fundalului conceptelor și neînțelegerilor. Prin intermediul clarificării oferite de IAD-ul partenerului, pot fi obținute informații legate de neînțelegerile (identificare, proiecție, generalizare) cu caracter simptomatic. În acest stadiu, este vorba înainte de toate de atitudinile implicate în conflict.

Atitudinile care în general îi par pacientului de neschimbat și legate direct de structura propriei sale personalități sunt relativizate cu privire la premisele lor de apariție și dezvoltare în viața pacientului. Pe lângă procesul de conștientizare, de completare a spațiilor goale de memorie și de retrăire a propriei istorii de dezvoltare, este introdus un alt proces: prin analizarea premiselor atitudinilor și conduitelor de comportament conflictuale, generatoare de tensiuni, pacientul poate dispune de ele în mod sporit; el învață că conflictul său este influențabil, exact la fel cum a fost construit în decursul istoriei sale de viață. Această etapă constituie astfel o premisă esențială pentru terapia ulterioară, având ca scop de învățare conștientizarea domeniilor de comportament (conflict actual: prezent) ca fiind condiționate biografic (conflict de bază: trecut) și modificabile (viitor). Cercetarea trecutului nu constituie deci un scop în sine. Ea se orientează mai degrabă după situația conflictuală actuală.

O dată cu inventarierea sunt structurate trăsăturile evaluate de către pacient sau de partenerul acestuia ca fiind pozitive sau negative. Diferențierea stabilită de către terapeut în primul interviu, înainte de toate din motive diagnostice, este reprodusă de către pacient și aprofundată în dialogul terapeutic prin implicarea conflictului de bază specific. În această etapă, centrul de greutate al tratamentului cade pe ex-

tinderea capacității de deosebire (cognitiv) și pe crearea unei rezonanțe emoționale suficiente a acestor deosebiri (afectiv).

Autoajutor în etapa inventarierii

Transcrieți-vă observațiile în inventarul analitico-diferențial (IAD). Notați capacitățile conturate pozitiv cu (+) și pe cele conturate negativ cu (-). Inventarul va fi inteligibil pentru dumneavoastră abia atunci când veți oferi pentru fiecare capacitate actuală în parte informații legate de unde, când, cât de des și față de cine apare respectivul comportament. Completați, la fel ca pentru partener, un IAD și pentru dumneavoastră înșivă: Evaluați-vă propriile capacități actuale! Descoperiți capacitățile actuale cu potențial conflictual; pe de o parte pentru partener, pe cealaltă parte pentru propria persoană, și comparați cele două profiluri ale capacităților actuale.

Capacități actuale și mijloace centrale: dreptate, încredere, capacitățile actuale implicate, rațiune, tradiție, fantezie.

Atenție la neînțelegerile: proiecție, identificare, generalizare, relativitatea valorilor, dreptate–iubire.

Mituri și concepte: „Poruncile împărțite“ (p. 290); „Umbre pe cadranul solar“ (p. 51); „Responsabilitățile împărțite“ (p. 295).

Etapa 3: Încurajarea situativă

La nivelul încurajării situative, pacientul va deveni în mod nemijlocit terapeut al mediului său, în special al partenerului de conflict. Astfel, și această procedură se va centra tot pe pacient. Situația psihoterapeutică dobândește în acest fel sarcinile ei speciale. Ele constau în primul rând în a dezvolta împreună cu pacientul baza încurajării situative și în a descoperi perechea de capacități actuale. Cuprinsul încurajării situative se referă atât la capacitățile actuale, cât și la mediile capacităților de bază. Fiecare om posedă un număr de trăsături pozitive, care de obicei nu sunt recunoscute, deoarece sunt considerate ca fiind de la sine înțelese sau pentru că ne temem că recunoașterea privind aceste trăsături ce ar putea să dea la o parte raportul de putere, ar putea să le direcționeze pe celelalte în mod eronat spre aroganță și să cauzeze daune. Putem începe prin a-l încuraja pe celălalt, în loc să îl criticăm, când după părerea noastră a făcut ceva bine și corect. Nu ajunge să concluzionezi în general „Ești un om drăguț“ sau „Te iubesc“, „Ai ochi frumoși“. Astfel de constatări nu au în principiu nici o bază concretă. Mai degrabă trebuie întărit comportamentul concret. Încurajarea trebuie să se refere

direct la situația respectivă, (a) din punctul de vedere al conținutului, (b) imediat și (c) imediat după comportamentul pozitiv.

> *Doamna Ute S. spune:* „Soțul meu nu îndrăznește să zică ceva bun. Când în sfârșit își face curaj, acest lucru se întâmplă după câteva zile. Și atunci nu mai am cum să îl laud, deoarece nu mai știu deloc despre ce era vorba.“

Mai întâi, încurajarea va urma ca „amplificare“ a fiecărui semn de conduită pozitivă, mai târziu numai la a doua, a treia sau a patra oară, în cele din urmă la intervale neregulate. Poate fi verbală, deci prin intermediul limbii, sau nonverbală, prin expresie, mimică și prin alte semnale nonverbale rezultante. Un exemplu de încurajare verbală este: „Cred că este nemaipomenit că ai reușit, în ciuda muncii tale, să fii punctual“. Încurajarea nonverbală este adresată pe altă cale partenerului: dați din cap, zâmbiți, îi strângeți mâna, puneți mâna pe umărul său, îl îmbrățișați. Toate aceste tipuri de comportament pot conține o expresie foarte puternică de încurajare. Dar și aici este de hotărât ce formă de încurajare ar trebui adresată cui. Astfel de decizii nu pot fi aplicate în general. Astfel, în cercurile culturale din Vest nu este ceva obișnuit să îți îmbrățișezi părinții după pubertate.

Totuși, acest gest poate funcționa ca un mijloc-minune. Ca linie directoare, poate fi explicat la care din mediile capacității de cunoaștere reacționează cel mai bine partenerul. Formele încurajării verbale sau nonverbale sunt discutate amănunțit în situația terapeutică și pot fi exersate în trăsăturile lor de bază.

Procesul „încurajării“ nu este pus rareori în pericol, difuz, de netrecut cu vederea și ineficient pentru cursul ulterior. Un plan de încurajare poate ajuta la evitarea unei astfel de dezvoltări. Observațiile din IAD servesc drept fundament în acest caz. Prezentăm demersul concret prin intermediul exemplului doamnei Ute S.

Constatările evaluărilor extreme

Pentru încurajarea situativă, pacientul își notează trei caracteristici pozitive și negative extreme ale IAD-ului personal, clasificate după gradul intensității lor, și le pune față în față:

Pozitiv (+)	Negativ (-)
1. punctualitatea	1. contactul
2. politețea	2. încrederea/speranța
3. dreptatea	3. răbdarea/timpul

Evaluările extreme din IAD-ul pacientei

O comparație corespunzătoare rezultă pentru IAD-ul partenerului de conflict:

Pozitiv (+)	Negativ (-)
1. ordine	1. punctualitate
2. hărnicie / performanță	2. dreptate
3. contact	3. timp

Evaluările extreme din IAD-ul soțului

Perechea de capacități actuale

S-a dovedit a fi neavantajos să abordăm simultan toate tipurile de comportament evaluate ca fiind extrem de pozitive și negative. Printr-o astfel de metodă, persoana de referință devine nesigură, iar efectul de învățare al partenerului este îngreunat. Ca urmare, se recomandă ca într-un act de încurajare situativă a partenerului, din șase evaluări extreme ale IAD-ului său să se aleagă perechea de pozitiv–negativ a capacităților formate, care apar în baza importanței actuale ca fiind cele mai importante. Pentru doamna S., acestea erau la acea vreme perechea: „ordine“ (+) — „punctualitate“(-).

Capacitatea corespondentă

Potențialului de conflict creat de partener îi corespunde un potențial corespondent la pacient. Soțul doamnei Ute S. era nepunctual. Această impresie pornea de la fundalul premisei de punctualitate a doamnei S., dificultății ei de a realoca timpul planificat, de a aștepta răbdătoare și de a avea ea însăși grijă de contactele sociale ca alternativă la așteptare. Doamna S. a considerat împărțirea timpului ca domeniul cel mai apropiat nepunctualității soțului ei:

> „Măcar să fi putut face ceva cu acel timp în care soțul mă lasă să aștept. Nu mă gândesc atunci la nimic altceva decât la așteptare.“

Capacitatea actuală „timp“ a fost astfel aleasă drept capacitate corespondentă. Pacienta trebuia să încerce, împreună cu încurajarea situativă, să găsească alternative pentru divizarea timpului. S-a ajuns la următoarea descriere, pe care pacienta a notat-o pe un plan:

Partener Perechea de capacități actuale	Ordine (+++)/Punctualitate (– – –)
Pacientă Capacitate corespondentă	Timp (+ -)

În anumite circumstanțe nu tebuie adoptată calea legată de capacitatea corespondentă care a sensibilizat pacientul. În acest caz este necesar ca tipurile de comportament pozitive să fie întărite direct.

Spre deosebire de terapia comportamentală, aici nu se pune accentul pe eliminarea comportamentului critic, ci mai degrabă pe schimbarea modelului de comunicare, a premisei încrederii între parteneri și pe schimbarea percepției din partea pacientului.

Ca directivă este valabil: lucrurile pozitive vor fi confirmate imediat și direct; în acest paragraf nu se vorbește despre ceea ce este negativ (în loc de a face acest lucru, ele vor fi notate). Într-un mod similar pot fi tematizate și prelucrate una după alta alte capacități.

Practica încurajării situative

Într-un interval cuprins între cel puțin trei zile și cel mult o săptămână este încurajat comportamentul pozitiv al pacientului, de care acesta dă dovadă în ceea ce privește perechea de capacități actuale. Ceea ce în ochii pacientului apare ca un comportament negativ al partenerului nu este criticat, ci mai întâi ignorat față de partener. Această abordare țintește mai sus de dezvoltarea dorită a unui nou comportament. Țintește la o schimbare de atitudine din partea pacientului și a partenerului său, ce poate să se simtă imediat acceptat într-un domeniu care înainte era de la sine acceptat. Această procedură se opune procedurii convenționale. În mod normal, sunt încurajate domeniile în care un partener se comportă deja critic. Astfel este încurajat partenerul, care mai înainte enerva prin dezordine, să facă curat pe masa de scris. Prin această laudă este atrasă atenția partenerului, arătându-i-se că poate fi și plăcut când face ordine: el este încurajat și corelează în cele din urmă comportamentul său privind ordinea — mai întâi doar prin ordinea de pe masa de scris — cu un sentiment pozitiv. Această formă de încurajare s-a dovedit a fi foarte eficientă, așa cum arată teoria învățării.

Din multitudinea de capacități ale unui om, relativ puține sunt „critice“. Din această cauză se spune că ar exista puține căi de încurajare. Relația cu partenerul are astfel de suferit, fiind dependentă printre altele de astfel de încurajări. Mai mult decât atât, noi nu procedăm corect față de partener în astfel de cazuri: considerăm trăsăturile sale po-

zitive ca fiind firești și de obicei fără a mai merita să fie amintite. Totuși: ceea ce este pentru noi important este și pentru partener. Din acest motiv, încurajarea situativă nu se referă doar la comportamentul critic, ci și în mod pozitiv la comportamentul firesc. Pare un paradox să încurajezi un om cu care ai probleme. Doamna Ute S. a exprimat foarte clar acest lucru:

„Trebuie să fiu nebună să îmi mai și încurajez soțul. În primul rând că abia dacă îl mai văd și în al doilea rând așa îi trebuie, să îi scot ochii cu greșelile pe care le face."

Pacienta a refuzat pur și simplu în această fază a terapiei să observe trăsăturile pozitive ale soțului sau, mai mult, să îl încurajeze. I-am atras atenția pacientei asupra următoarei povești:

Cioara și păunul

În parcul palatului, o cioară s-a lăsat din zbor pe una din crengile unui portocal. Pe iarba îngrijită se fălea un păun. Cioara a croncănit: „Cum de îi este permis unei astfel de păsări ciudate să se plimbe prin acest parc? Pășește așa de arogant, de parcă el ar fi sultanul în persoană și totuși are niște picioare atât de urâte. Și penajul său, ce albastru urât! Eu nu aș purta niciodată o astfel de culoare. Își târăște coada în urma lui de parcă ar fi vulpe." Cioara a făcut o pauză și a tăcut așteptând. Păunul nu a spus nimic ceva timp, apoi a început să zâmbească trist: „Cred că vorbele tale nu corespund realității. Ceea ce ai spus rău despre mine sunt neînțelegeri. Spui că sunt arogant pentru că îmi țin capul sus, astfel încât penele mele de pe umeri se prăfuiesc și gâtul meu se deformează într-o bărbie dublă. În realitate numai arogant nu sunt. Îmi cunosc părțile urâte și știu că picioarele mele sunt anoste și cutate. Tocmai asta îmi provoacă așa multe griji, încât îmi țin capul ridicat pentru a nu-mi vedea picioarele urâte. Ai încurcat asta cu aroganța. Însă tu îmi vezi doar lucrurile urâte. Când vine vorba de avantaje și frumusețea mea, închizi ochii. Nu ai observat până acum? Ceea ce tu consideri urât, oamenii admiră la mine." (după P. Etessami).

În cea de-a opta ședință, pacienta a mărturisit că îi este greu să își încurajeze soțul sau să îl laude, deși ar vrea să facă acest lucru cu mare plăcere:

„Îmi este așa de greu!"

„Cumva mă împiedic chiar în cuvintele mele. Am observat la mine că îmi este relativ greu să încurajez și să laud; mai ales când îmi propun asta, am rețineri uriașe. Am încercat să îmi laud soțul. Este foarte harnic și ordonat. În ultima săptămână am reușit să îi fac câteva complimente. Trebuie să mărturisesc că înclin să scot în evidență ceea ce este negativ și să îmi reții încurajările."

În reducerea acestui impediment, a fost tematizat conflictul de bază sub aspectul laudei și al mustrării:

„Sunt dependentă de laude!"

„Când eram copil, mama mă lăuda destul de rar. Însă de față cu străinii se arăta încântată de mine; povestea cât de silitoare sunt la școală și ce altceva mai făceam. Față de mine nu scotea în evidență decât lucrurile negative. Odată chiar a spus: „Nu te-aș accepta în dar nici dacă ai avea aur pe tine. Însă o să îți primești sigur pedeapsa." Asta m-a rănit rău. Mereu mi le dădea de exemplu pe prietenele mele (ele sunt mai deschise la minte, mai prietenoase, mai ordonate decât mine etc.). Suna mereu ca și cum nu aș avea cum să răzbesc singură în viață și în lume. O paralelă pentru acest lucru găsesc în evaluarea soțului meu. De față cu alții amintesc mereu numai părțile bune, de față cu el nu îl laud, ci aduc în discuție doar chestiunile negative. Deoarece când eram copil am fost puțin lăudată, eram foarte dependentă de dovezile de recunoaștere și de iubire primite. Întotdeauna (în special când eram tânără) voiam să fiu considerată drăguță de către oamenii din jurul meu."

În următoarele două ședințe, pacienta a mărturisit că îi este din ce în ce mai ușor să laude conduitele pozitive de comportament ale soțului.

„Pot constata că în ultimul timp mi-a crescut stima de sine și nu mai sunt atât de dependentă ca înainte de părerea și afecțiunea celorlalți. Am învățat că dacă sunt drăguță față de mine și de alți oameni, afecțiunea se întoarce automat înapoi."

Aici este clar că treapta încurajării situative are ca premisă celelalte două trepte: cea a observării/distanțării și cea a inventarierii. Pacientul poate pe moment să încurajeze corespunzător și rezonabil, când știe că partenerul său dispune de capacități pozitive și care sunt aceste capacități pozitive, pe care el le poate recunoaște. Dacă putem să încurajăm sau nu un partener, nu este întotdeauna decizia noastră. Mult mai multe se ascund în spatele felului și metodei cum acceptăm comportamentul partenerului, și ale experiențelor prin care am învățat cum să reacționăm la încurajări și la descurajări. În această conjunctură se regăsește o tradiție deosebită de familie, care acordă o valoare proprie optimismului, pesimismului, respectiv încurajării și descurajării.

Programul pozitiv

Este aproape tipic pentru mulți oameni să folosească concepte unilaterale în percepția și evaluarea mediului lor. Pornesc de la negativ și apoi eventual scot tacit în față partea pozitivă. În trăirea interioară, această postură este acompaniată de sentimentul că un concept pesimist ar reda cu exactitate realitatea. Astfel, ei îi acordă acestui concept valoare de certitudine, în timp ce punctele de vedere optimiste ale alceleiași situații sunt confruntate sceptic, cu motivația că sunt o autodecepție și o minciună a vieții. Pe lângă acest lucru, viziunea negativă este o protecție împotriva dezamăgirilor și greșelilor, în fața cărora omul nu se mai predă necondiționat, pentru că a reușit să le anticipeze. Se pune la cale o strategie a evitării eșecurilor prin pesimism și neîncredere, care este într-o oarecare măsură egală cu tactica de a te sinucide pentru că te temi de moarte.

În etapa încurajării situative, noi încercăm să depășim conceptul negativ al pacientului și să îi oferim interpretări alternative pentru conflictul său.

El încearcă să vadă dacă acestea sunt sau nu potrivite și acceptabile pentru el. Va fi combătută astfel pe cale terapeutică o generalizare negativă, care pune totul în aceeași oală, făcându-l să pară urât. Interpretarea pozitivă a unui comportament, la fel ca cea negativă, va face dreptate unor aspecte ale realității aflate mai mult sau mai puțin în prim plan. Ca și în următoarea poveste:

Mulahul în orașul străin

Mulahul, un predicator în Orientul vechi, a rătăcit zile în șir prin deșert ajungând în cele din urmă istovit și înfometat ca un lup în bazarul unui oraș străin. S-a năpustit într-o cofetărie și a început sa înfulece prăjituri cu miere. Cofetarul, care se temea că mulahul o să îi golească prăvalia, i-a cerut bani. Mulahul i-a dat de înțeles că nu mai avea nici un bănuț și a continuat să mănânce mai departe cu poftă. Cofetarul nu putea trece cu vederea o astfel de necuviință. A pus mâna pe o mătură și cu coada ei a început să îl lovească pe mulah pe spinare. Acesta nu s-a deranjat, înfulecând mai departe la prăjituri și spunând: „Oamenii din orașul ăsta sunt foarte săritori și politicoși. Te silesc prin lovituri să le mănânci delicatesele". (Poveste orientală)

Această procedură corespunde în linii mari încurajării situative: interpretările negative existente se completează prin altele, pozitive.

Serul psihologic: O dată cu inventarierea am inițiat un proces de conștientizare. Pacientul câștigă discernământ în lanțurile comportamentale considerate în mare parte firești până atunci. Cel puțin din punctul de vedere al insight-ului său a avut posibilitatea să se distanțeze de atitudinile conflictuale și de modelele comportamentale și să capete o anumită detașare. Astfel, importanța perspectivei pure, intelectuale trebuie evaluată cu atenție.

Luria (1974), de exemplu, a constatat că doar înțelegerea în sine nu are o importanță suficientă pentru o schimbare comportamentală, și aceasta în sensul cuvintelor: „Spiritul are voință, dar carnea este slabă". Această frază are însemnătate mai ales în psihoterapie, unde trebuie să te desprinzi de obișnuințe.

Luria a descoperit în cercetările sale că subiecții săi dădeau semne de înțelegere când această înțelegere era legată de o comandă interioară. Putem să folosim această situație în domeniul încurajării situative terapeutice. Experiențele sugestive se dovedesc a fi aici ajutătoare.

Pentru a explica acest lucru, voi apela la o experiență generală: când ne aflăm în fața unei experiențe grele, ne este indiferent cum reacționează ceilalți. Dacă cineva ne spune în această situație pe deplin convins, nu doar aparent: „Vei reuși să duci la bun sfârșit sarcina ta, o știu sigur", atunci o să aibă un alt efect, decât dacă persoana ar spune: „Poți să te străduiești cât ai chef să termini sarcina; dar îndrăznesc să mă îndoiesc că vei și reuși."

Vedem deci că aceste enunțuri pot motiva în anumite condiții și demotiva în altele. Ne folosim în mod corespunzător de sugestie și de hipnoză. În cadrul acestui tip de procedură pot fi abordate anumite conținuturi ale trăirilor emoționale ale pacientului. Este vorba aici mai ales de alternative la conceptul de bază devenit conflictual, care poate să se refere la întreg comportamentul său la unele capacități actuale. Numim un astfel de concept alternativ *ser psihologic*. Serul psihologic este o prescurtare formală a conceptelor de scop și înțeles, care sunt astfel aranjate încât să facă posibilă o corectare a tipului comportamental conflictual posedat și să mijlocească un impuls de voință, care facilitează o schimbare comportamentală. În timp ce trainingul autogen (conform lui J.H. Schultz) și hipnoza activă treptată (conform lui Kretschmer și lui Langen) folosesc termeni generali precum „curaj", „încredere" și „încredere în sine" ca formă intenționată, în baza inventarului analitico-diferențial poate fi făcută o alegere individuală adecvată unui cuprins specific conflictual — exprimat în capacitățile actuale.

Pacientul, care în decursul terapiei de până acum a fost sensibilizat în legătură cu deosebirile deficitare și care a fost deschis pentru conținutul semnificativ individual al capacităților individuale, poate fi abordat aici pe căi specifice. Capacitățile actuale se potrivesc drept conținuturi ale serului psihologic mai ales prin faptul că sunt conturate drept

„cuvinte provocatoare“ și sunt în general inteligibile. Semnificațiile pe care le dobândesc în cazurile particulare sunt discutate înainte împreună cu pacientul.

Doamna S. se aștepta ca soțul ei să vină imediat, dacă nu chiar și înainte de ora stabilită și o dată cu această așteptare intra într-o puternică dependență emoțională. Mai multe zile fără soț sau un concediu fără familie ar fi însemnat o încordare foarte mare, care ar fi suprasolicitat pacienta. Ea nu îndrăznea să spere la perioade de timp mai mari.

De aceea, serul psihologic a sunat astfel:

Ser psihologic:	Învață să deosebești între așteptare și speranță

Alte exemple de ser psihologic:

„Învață să deosebești între ordine și răbdare“ (în dificultățile educaționale care iau naștere din dezordinea copilului și cerințele accentuate de ordine din partea mamei).

„Învață să deosebești între siguranță și încredere“ (în dificultățile educaționale, de parteneriat și sociale).

„Învață să deosebești între iubire și dreptate“ (la un pacient care vrea să se răzbune pe infidelitatea soției sale).

„Învață să deosebești între moștenit și dobândit“ (o soție care a renunțat la speranța de a corecta „nepunctualitatea înnăscută“ a soțului).

„Învață să deosebești între soarta condiționată și cea predeterminată“ (la o pacientă care nu putea trece peste moartea fiului său).

Pe lângă aceste seruri psihologice diferențiatoare, mai există și cele de integrare:

„Învață să integrezi trecutul, prezentul și viitorul“ (la o pacientă în vârstă de 56 de ani care, aflându-se într-o dispoziție de bază depresivă, a încercat să retrăiască momentele din tinerețe).

Ca intenție de comportament, serul psihologic impune o modificare a propriilor concepte și susține facilitarea comportamentului alternativ. Serul psihologic va fi prezentat ca formă sugestivă în completarea procedurilor sugestive. S-au păstrat trainingul autogen și detensionarea progresivă cunoscută din terapia comportamentală. Serul psihologic servește aici ca sugestie în completarea demersului de autosugestie. Serul psihologic nu este o comandă străină ființei umane, ci o întărire a motivațiilor deja existente, îndreptate către un concept comportamental și atitudinal în cadrul psihoterapiei. Tehnica trainingurilor autogene a fost descrisă pe larg de J.H. Schultz (1964); metode de procedură ale „relaxării progresive“ de către Jacobson (1938) și Wolpe (1972).

Trainingul de relaxare

Pentru analiza diferențială s-a menținut o formă modificată a antrenamentului de relaxare prin autosugestie, în cadrul căreia etapele liniște — greutate — căldură, inițial despărțite, au fost integrate în trainingul autogen.

„Sunteți așezat foarte comod pe canapea. Brațele dvs. stau relaxate, îndoite pe lângă dvs., picioarele sunt relaxate și degetele de la picioare sunt îndreptate către exterior. În această stare relaxată, concentrați-vă asupra a ceea ce vă spun eu. Cuvântul are puterea de a se materializa.

Brațele și picioarele dvs. devin foarte relaxate și grele (de șase ori). Senzația de greu devine din ce în ce mai intensă și se răspândește în tot corpul. Corpul dvs. devine constant din ce în ce mai bine irigat cu sânge, din cap până în picioare, până în cele mai mici celule ale pielii și hrănit cu substanțe nutritive. Prin această irigare tot corpul dvs. se relaxează. Crampele din corp se estompează treptat. Corpul dvs. este liniștit acum, greu, foarte plăcut încălzit, o căldură care străbate toată ființa dvs. și pune stăpânire pe fiecare celulă din corp. Liniște–greutate–căldură. Orice tensiune și încordare dispar încetul cu încetul. Sunteți liniștit și relaxat. Fiți atent la senzația de relaxare și încercați să atingeți ceea ce senzația de relaxare aduce în tot corpul dvs. În această stare relaxată concentrați-vă asupra frazei: *Învață să deosebești între politețe și sinceritate*. Vă gândiți la politețea și la sinceritatea dvs. (pacientul stă aproximativ 10 minute în această stare).

Acum ascultați ce vă voi repeta. Vrem să întrerupem antrenamentul. Când număr până la șase sunteți complet învigorat și treaz: la unu aveți forță în picioare, vă rog să vă mișcați puțin. La doi, putere în brațe, vă rog să vă mișcați puțin. La trei aveți forță atât în mâini, cât și în picioare. La patru ridicați mâna dreaptă, mâna stângă. Întindeți tare ambele mâini și picioare de trei ori. La cinci inspirați adânc, expirați. La șase deschideți ochii, sunteți vioi și treaz…“

La pacienții care nu se pot relaxa atât de bine, se recomandă totuși ceva asemănător trainingului autogen; conform lui J.H. Schultz, să se înceapă cu exercițiul de relaxare a mâinilor și picioarelor.

Antrenamentul de relaxare poate fi pregătit cu ajutorul măsurilor terapeutice de respirație (de ex. de șase ori se inspiră, se ține aerul în piept, se expiră). Pentru susținerea efectului sugestiv pot fi repetate unele fraze (încet și clar). Serul psihologic nu este folosit doar în psi-

hoterapie, unde pacientul oricum învață mai întâi trainingul Jacobson ori trainingul autogen, precum și aplicarea serului psihologic, ci pacientul se folosește de ele și în intervalul dintre ședințele terapeutice. Am avut experiențe foarte bune înregistrând trainingul de relaxare pe o bandă, astfel încât pacientul să o poată asculta acasă. Muzica de fundal poate să inducă relaxarea la mulți pacienți. Folosirea serului psihologic ar trebui să dureze o perioadă de timp determinată, pentru a evita pe de-o parte exagerările, pe de alta o saturație timpurie.

Măsuri suplimentare și alternative

a) Vizualizarea conflictului: pacientul trebuie să își imagineze o situație de conflict neliniștitoare în ceea ce privește capacitățile actuale critice. În completarea acestei imagini, care poate genera frica, serul psihologic va fi pronunțat în șoaptă. După o recapitulare repetată se observă de obicei o reducere a panicii. S-a dovedit a fi deosebit de avantajoasă în această procedură construirea unei ierarhii a temerilor sub observația capacităților actuale conflictuale. Temerile evocate prin vizualizarea conflictuală orientată spre conținut pot fi demontate și în sensul desensibilizării sistematice cu ajutorul „relaxării progresive“ (vezi: analiza diferențială și terapia comportamentală). Acest training s-a păstrat în special la pacienții depresivi și inhibați.

b) Intenția paradoxală modificată: pacientul trebuie să își imagineze un conflict legat de capacitățile actuale focale: „Să sperăm că soțul meu mă lasă și de data asta să aștept“; „Mă bucură nepunctualitatea soțului meu“, „Îmi doresc ca soacra mea să se amestece în ordinea mea“.

În situația terapeutică (terapia de grup și individuală), această dorință este exprimată mai întâi în „limbaj interior“, urmând apoi în șoaptă, apoi cu tonalitate normală și în cele din urmă țipând. Astfel este atinsă, pe lângă o posibilă îndepărtare a agresivității, și o implicare afectivă susținută, legată de conținut. Această metodă se recomandă mai ales la prelucrarea raționalizărilor îndepărtate de Eu.

c) Notițele: serul psihologic îi este oferit pacientului ca o notiță. Trebuie apelat la această schemă când se face referință la una din conduitele comportamentale conflictuale. Când pacientul trebuie de exemplu să aștepte pe cineva, dar reacționează foarte sensibil față de punctualitatea pasivă, scoate *notița* și reactualizează serul psihologic. Situația psihoterapeutică este astfel vizualizată, ceea ce conduce la o reducere a panicii și la un efect de învățare asociativ: pacientul învață să înțeleagă situația terapeutică ca situație model și să o transmită și altor domenii ale realității.

d) Programarea comportamentală pozitivă: pe baza capacității dominante respectiv corespondente se dezvoltă o formulă de intenție construită după următorul principiu: pacientul își exprimă determinarea:

> „M-am decis să fiu un om liber. Aceasta este decizia mea fermă. Nimeni nu mă poate abate de la scopul meu. Voi lucra în fiecare zi la acest lucru, până îmi voi atinge pe deplin scopul. Ce înseamnă pentru mine libertatea?“

Aici intră în joc formula individuală de intenție, care se referă la o capacitate corespondentă:

„Voi învăța să fac ceva activ în timpul în care de obicei îmi aștept soțul. Voi adopta o atitudine pozitivă față de nepunctualitatea soțului meu“.

Volumul în care este exprimat programul comportamental va fi intensificat în mod ascendent, până ce se ajunge la o implicare emoțională puternică.

Activarea implicării emoționale este o procedură foarte veche a psihoterapiei. Astfel, ea apare la Rhazes (Rasi, 865-925 d.Hr.), cunoscutul medic persan, căruia îi este atribuit printre altele faptul că a folosit primul cuvântul „psichoterapeusis“. El relatează despre succesul unei vindecări a unui calif:

„Strigătul primordial“ al califului

O boală grea îl apăsa pe regele Khorasanului, Amir Mansurebue Nuh. Toate încercările de vindecare au dat greș. În cele din urmă i s-a cerut părerea marelui medic, celebrul Rasi. Pentru început, el a încercat toate formele de terapie cunoscute, dar fără succes. În cele din urmă, Rasi l-a sfătuit pe rege să îl lase să conducă terapia așa cum crede el de cuviință. În disperarea sa, regele a acceptat. Rasi l-a rugat pe rege să îi pună la dispoziție doi cai. Au fost aduși cei mai rapizi și mai buni cai. A doua zi, dis-de-dimineață, Rasi a dat dispoziții ca regele să fie adus în celebra baie publică „Jouze Mulian“ din Buchara. Întrucât regele nu putea să se miște, a fost adus într-o lectică. Ajuns la baie, Rasi l-a sfătuit să se dezbrace și a poruncit ca toți servitorii regelui să se depărteze cât mai mult de baie. Aceștia au ezitat, dar s-au retras atunci când regele le-a dat de înțeles că trebuia să facă ceea ce le-a spus hakimul.

Rasi a legat caii lângă intrarea în baie. Împreună cu unul dintre elevii săi, l-a pus pe rege într-o cadă și a început să toarne repede apă fierbinte pe el. În același timp i-a turnat un sirop care ridica temperatura bolnavului. După ce s-au întâmplat acestea, Rasi și ucenicul său s-au îmbrăcat. Rasi s-a dus în fața regelui și a început deodată să îl înjure și să îl jignească într-un mod de nedescris. Regele, șocat, s-a mâniat îngrozitor în neputința sa de această lipsă de politețe și de acuzațiile nedrepte. În iritarea lui enormă, regele a început să se

mișteze. Când Rasi a văzut aceasta, și-a scos cuțitul și, apropiindu-se de rege, l-a amenințat că îl omoară. Acesta, temându-se, a căutat să se salveze, până când teama lui i-a dat deodată puterea de a se ridica și de a fugi. În acel moment, Rasi a părăsit camera și a fugit împreună cu elevul său cu cei doi cai dincolo de zidurile orașului.

Regele a căzut istovit în nesimțire. Când și-a revenit din leșin, se simțea mai liber și putea să se miște. Stăpânit încă de mânie, și-a strigat supușii, s-a îmbrăcat și a plecat călare înapoi la palat. Oamenii adunați s-au bucurat când și-au văzut regele eliberat de handicapul său. Opt zile mai târziu, regele a primit o scrisoare din partea medicului, în care acesta își explica procedura: „Mai înainte am făcut tot ce am învățat ca medic. Deoarece asta nu a dat roade, ți-am încălzit artificial corpul și ți-am dat forța ca prin mânia ta să ajungi să îți miști membrele. Când am văzut că a început vindecarea, am părăsit orașul pentru a mă pune la adăpost de pedeapsă. Te rog să nu pui să mă aducă la tine, căci sunt conștient de ocara nedreaptă și răutăcioasă pe care ți-am adus-o în neajutorarea ta și de care mă rușinez adânc". Când regele a citit aceste rânduri, inima lui s-a umplut de recunoștință și l-a rugat pe medic să vină la el pentru a-și arăta sentimentele de mulțumire.

Aspecte terapeutice

Descurajarea, ca și încurajarea unilaterală, care, deși gândite ca un sprijin, pot genera un sentiment de dezamăgire în cel afectat, prezintă consecințe tipice:

a) Postura de evitare:

„Nimeni nu poate să mă facă să mă urc din nou la volan. Ce fericită eram când mi-am luat carnetul de condus. Voiam să conduc imediat cu soțul meu. Măcar de nu aș fi făcut asta. M-a pisat continuu la cap, de parcă nu aș cunoaște regulile de circulație și nu aș vedea nici un pieton. M-a enervat așa de tare că la intrarea în garaj am lovit mașina de tuns iarba și în vopseaua mașinii a apărut o zgârietură. Ar fi trebuit să îl vedeți pe soțul meu. De parcă i-aș fi stricat jucăria preferată. Imediat au venit reproșurile legate de cine aduce de fapt banii în casă. De atunci poate să se întâmple ce-o fi, eu nu mai conduc mașina soțului meu" (casnică în vârstă de 55 ani, depresii).

Evitarea, atinsă aici prin descurajare, poate apărea și invers, printr-o încurajare direcționată. Când femeia din exemplul de mai sus a povestit despre experiența ei în cadrul grupului psihoterapeutic, o altă femeie a completat:

„Eu nu am avut până acum niciodată această problemă pentru că pe mine nu mă interesează mașinile; soțul meu este mândru să conducă el mașina și spune mereu ce copilot bun sunt eu."

b) Fuga: partenerul unei paciente, care se afla în tratament psihoterapeutic din cauza unor disfuncții sexuale, povestea despre propriile sale probleme sexuale:

„Ne mergea destul de bine, până când soția mea s-a depărtat din ce în ce mai mult de mine. Dorea totuși tandrețe, dar fără contact sexual. Eu nu pot trăi însă fără sex. Pentru mine masturbarea nu intră în discuție, mi-aș pierde stima față de mine însumi. Așa că s-a ajuns la situația în care am călcat strâmb destul de des."

„Ce se întâmplă cu traiul în comun?"

„Părinții mei îmi spuneau mereu că munca face viața mai dulce. Și m-au lăudat mereu când puteam aduce succese acasă. În cele din urmă puteam să arăt din ce în ce mai multe succese. Între timp aveam senzația că am uitat și cele mai simple lucruri, de exemplu cum să trăiesc împreună cu o femeie".

c) Încăpățânarea: este caracterizată prin „totuși", care se află în spatele unei reacții:

„Nu vei reuși niciodată!"

„Profesorul meu mi-a spus că nu voi reuși niciodată să iau bacalaureatul, sunt incapabil. Asta m-a enervat așa de tare, că i-am arătat eu lui. Acum am diploma în buzunar" (student în vârstă de 22 de ani).

„Nu mai suport să aud asta"

„Mama mă sâcâie zilnic, cum că trebuie să port lenjerie groasă. Deja nu mai pot să aud asta. Desigur că este foarte frig, dar nu poate fi vorba să cedez chiar dacă mă aleg cu o pneumonie" (elevă în vârstă de 17 ani).

d) Deplasarea

„Soția mea poate suporta multe"

Un vânzător care avea puțin timp pentru familia sa relata: „Soția mea are depresiile ei de multișor. Ce îmi sare în ochi este următorul fapt: când se supără pe mine pentru că am spus vreun cuvânt nepotrivit, nu mă critică deloc. Ca urmare stă până noaptea târziu în bucătărie și calcă, coase, spală, arătându-mi astfel cât de mult suferă" (comerciant în vârstă de 47 de ani).

Munca terapeutică, care însoțește treapta încurajării situative, se întoarce la tradiția încurajării sau a descurajării. Adesea, această tradiție se așază în fața capacității pacientului de a acționa încurajator față de partenerul său, blocând-o. Aici, un rol important îl joacă nu doar încurajarea partenerului, ci și încurajarea pe care îndrăznești să ți-o oferi singur. Etapa încurajării selective acționează în acest sens pe mai mul-

te căi: prin faptul că pacientul învață să își încurajeze partenerul, învață în același timp să adopte o conduită comportamentală pozitivă față de propriul comportament, și anume la fel de diferențiat ca față de comportamentul partenerului.

Al doilea efect este de natură psihosociologică. Cineva care este în situația de a le oferi altora „mângâieri", adică încurajări și acceptări, își îmbunătățește propria poziție în grup: va fi recunoscut în mai mare măsură de către ceilalți membri ai grupului și primește, dincolo de acest fapt, încurajare din partea partenerului în care a „investit" mai devreme:

„Concept optimist"

O elevă în vârstă de 18 ani, care suferea de depresii grave și de tentative de suicid, s-a plâns în repetate moduri că în gașca ei este tolerată numai pe post de parteneră a prietenului ei, un grup de douăsprezece persoane de aceeași vârstă. Avea un puternic sentiment de rivalitate față de toate membrele feminine ale grupului și nu pierdea nici o ocazie să o arate. A încercat să le descurajeze pe acestea. Urmarea a fost faptul că ceilalți nu au putut să îi ofere încurajarea și acceptarea la care ea se așteptase. Liderul informal al acelui grup era un elev în vârstă de 19 ani, care le insufla celorlalți membri încurajare și se ghida după un concept optimist.

Încurajările au un efect de oglindă: ele se reflectă. Tocmai pacienții depresivi găsesc că este foarte greu să ofere încurajări. Pare că ei sunt răutăcioși tocmai din cauza faptului că nu primesc atât de multe încurajări pe cât își doresc.

O pacientă de 48 de ani se plângea: „Dacă îi încurajez pe ceilalți, cine mă încurajează pe mine? De unde ar trebui să adun atâta putere, să insuflu celorlalți curaj, când eu însămi am nevoie de încurajare? Pe mine cine mă încurajează?"

Astfel este abordată neînțelegerea „dreptate–iubire", care izvorăște dintr-un cerc vicios. Pacientul așteaptă pentru sine încurajare și consideră o nedreptate, o excludere și o lipsă de afecțiune când persoana sa de referință îi refuză aceste manifestări, sau nu le împărtășește în modul și felul în care el se aștepta. Invers, el însuși nu este în stare să-și încurajeze partenerul și să îi ofere afecțiune, adică devotament. Ca urmare, se ajunge la o limitare psihosociologică de neînțeles a funcției de rol a pacientului — el rămâne numai pacient — și la izolare: partenerul nu mai primește confirmarea, care îl face să se simtă valorizat în relație. Se retrage din parteneriatul apăsător și pacientul se prăbușește în conflicte și mai adânci.

„Cum de-a putut numai…"

O pacientă se plângea, după ce supraviețuise unei tentative de suicid, „cum de a putut soțul meu să mă lase singură cu depresia mea, tocmai când aveam nevoie de ajutorul lui". Soțul, care lua parte la terapia de cuplu, povestea din perspectiva lui: „Acum ceva timp era totul într-o oarecare măsură în ordine. Îmi iubeam soția foarte mult. Chiar și acum este atrăgătoare. Dar asta m-a terminat. Mereu trebuia să fiu acolo pentru ea, să mă ocup de ea, să o ascult și să îi insuflu curaj, pentru că era deprimată. Am făcut-o cu plăcere. Însă în curând nu am mai putut face față. Mereu trebuia să o încurajez.

Încurajări din partea ei nu am auzit niciodată. Numai când făceam ceva greșit aveam parte de o rezonanță și depresia devenea și mai puternică. În curând nu mai aveam încredere să fac nimic".

Rezervele de energie: de unde îți iei puterea de a încuraja?

Unii pacienți ies în evidență prin faptul că devin introvertiți și așteaptă devotamentul și compasiunea celorlalți. Joacă rolul celor care iau, fără ca ei înșisi să se afle în poziția de a da. În spatele acestei epuizări se ascunde o tendință de autovindecare deloc nesemnificativă: evitarea solicitărilor externe și astfel o stabilizare trecătoare a staării interne. La prima vedere, pacientul pare într-adevar „sărac în energie". Deseori îi lipsește, după cum se pare, și puterea să își pună în ordine activitățile zilnice. Pe de altă parte, problema psihică consumă foarte mult din energie. Semnul caracteristic este timpul, pe care un pacient îl petrece plângându-se de problemele sale, vorbindu-le celorlalți despre boala lui și despre supărarea cu care apără sentimentele de vinovăție, posturi și convingeri ce nu pot fi depășite. În cadrul încurajării situative se poate recurge la acest potențial.

Încurajarea de conținut: mai puțin este uneori mai mult

Încurajarea este pentru mulți oameni o acțiune fără speranță, mai înainte de toate atunci când toarnă peste cunoscuții lor certificări sociale și înceţoșează mediul din jurul lor cu fapte bune. Urmarea este că, în astfel de cazuri, încurajările nu mai sunt luate în serios deseori și sunt considerate neserioase ori sunt percepute drept politețuri exagerate. După un astfel de efort de energie depus în ceea ce privește încurajarea, oamenii devin din ce în ce mai neîncrezători. Un motiv important pentru această dezvoltare este administrarea nediferențială a „mângâierilor".

Pacientul abandonează pe treapta încurajării situative rolul său de pacient, care a constituit singurul centru de interes pentru sine și pe

care l-a desemnat ca fiind răbdător și dureros. În loc de aceasta, el practică funcțiile terapeutice în mediul său direct și schimbă caracterul social al bolii sale: dacă mediul său a contribuit la îmbolnăvirea lui, acum el este cel care contribuie la însănătoșirea mediului. Această formă de activitate a pacientului îi e uneori misterioasă, dar constituie unul dintre cele mai importante scopuri ale psihoterapiei pozitive.

Rezumat: *Autoajutorul la nivelul încurajării situative.* Fiecare om posedă trăsături negative și pozitive. Ce considerați ca fiind negativ nu trebuie neapărat să fie receptat de partenerul dvs. ca fiind negativ. Comportamentul partenerului dvs. nu este negativ în sine, ci devine astfel din perspectiva așteptărilor dumneavoastră. Întrebați-vă ce așteptări și ce atitudini corespund comportamentului critic al partenerului dvs. Pentru trăsăturile pozitive și negative ale partenerul dvs., bazați-vă cel mai bine pe IAD. Scrieți pe o bucată de hârtie perechea de capacități actuale și capacitatea corespunzătoare lor. Nu îl criticați pe partenerul dvs. Încurajați-vă partenerul în comportamentul lui pozitiv timp de una sau două săptămâni (în conținut, scurt și imediat). Veți dezvolta astfel o nouă bază de încredere în relația dvs. de cuplu. Ați reușit să creați astfel o bază de încredere pentru următorul nivel.

Capacități actuale și mijloace implicate: încredere–încredere în sine, credință, speranță, tradiție, rațiune, intuiție, relația cu Tu-ul.

Atenție la neînțelegerile: dreptate–iubire, judecată–prejudecată, generalizare, criză de identitate.

Mitologii și concepte: „Cioara și păunul“ (p. 303), „Umbre pe cadranul solar“ (p. 51).

În loc de: nu poți –: nu poți *încă.*

Etapa 4: Verbalizarea

Deja observarea sistematică cu ajutorul IAD-ului putea oferi indicații persoanei de referință cu privire la ce raporturi există între propriul comportament și cel al partenerului de conflict. Stadiul verbalizării este caracterizat de încercarea partenerului de conflict de a remedia neînțelegerile create.

O caracteristică esențială a tulburărilor interumane este reprezentată de o distorsionare a comunicării, ce constă în faptul că limbajul este folosit în calitatea lui de instrument al înțelegerii, pentru producerea de neînțelegeri. Această distorsionare a funcției limbajului se realizează prin două căi:

a. Formal, prin dezvoltarea stilurilor de vorbire tipice, cum ar fi stilul telegramă sau monologul.

Distorsionarea limbii apare în alocările fixate comunicării verbale și nonverbale, care nu sunt acoperite în toate cazurile, ci pot exprima concepte diferite, chiar opuse ale aceleiași persoane. Pe cât de firească pare comunicarea verbală, pe atât de caracteristică este disfuncționalitatea ei în cazul conflictelor dintre oameni. Structura de comunicare a criticii nediferențiale are de cele mai multe ori o formă tipică.

Omul se limitează la enunțuri scurte și comenzi, ce se repetă din ce în ce mai des. Omul vorbește în stilul telegramă, comunicarea este preponderent unilaterală:

„Ți-ai făcut temele?“, „De ce nu ai terminat încă?“, „Nepunctualitatea ta mă enervează!“, „Nu-ți dai seama?“, „Poți să o lași baltă!“, „Ești de nesuportat!“.

În ceea ce îl privește pe partener, se găsesc la fel de puține enunțuri lingvistice diferențiate, însă răspunsuri în stil telegramă: „Nu“, „Da“, „Poate“, „Lasă-mă“. Datorită caracterului lor defensiv, ele sunt luate de cele mai multe ori drept încăpățânare și pot deveni din nou ocazie pentru critică, iar cercul vicios este închis. Noi numim această formă „comunicare restrânsă“, deoarece lipsește, în mod tipic, o confruntare propriu-zisă.

Critica, asociată cu o verbalizare insuficientă, indică reacții agresive, bazate pe afectivitate. Contrariul este o tulburare a comunicării, pe care noi o denumim „a monologa“. În acest caz, unul din partenerii de referință vorbește aproape fără întrerupere și nu îi acordă celuilalt nici o șansă de a răspunde efectiv.

b. Din punctul de vedere al conținutului, atunci când partenerii evaluează în mod diferit capacitățile actuale și mediile, dar nu sunt în stare să transforme aceste aprecieri diferite în obiectul comunicării. Pe lângă capacitățile actuale și mediile existente, joacă aici un rol conceptele, mitologiile individuale și cele colective, ce conferă sisteme de apreciere superioare, care se sustrag în mare parte unei relativizări. La nivelul verbalizării, procesul psihoterapeutic, care introduce și însoțește partea de autoajutor, se orientează după următoarea linie directoare:

Politețea și sinceritatea drept conflict–cheie

Relația dintre politețe și sinceritate constituie conflictul-cheie în etapa verbalizării. Politețea semnifică aici recunoașterea formelor convenționale ale relațiilor interumane, neglijarea propriilor nevoi și interese față de nevoile și interesele celorlalți și în cele din urmă staăpânirea agresivității sociale:

„Mă tem să îmi spun deschis părerea, deoarece nu vreau să pierd privirile prietenoase ale celorlalți.“

Pe de altă parte, sinceritatea înseamnă să lupți pentru propriile interese și nevoi, chiar și împotriva intereselor celorlalți:

„Îmi spun mereu părerea, indiferent dacă celorlalți le convine sau nu.“

Pentru a înțelege situația conflictuală a pacientului și posibilitățile sale de comunicare, vor fi analizate experiențele și atitudinile sale în raport cu politețea și sinceritatea dovedite în situații concrete. În acest context apar trei forme de reacții tipice, care corespund în mare parte cu cele trei tipuri de reacții.

Politicosul: Din respect față de ceilalți, își păstrează părerile pentru el, sub motoul: „Asta nu pot să spun“. Pe de altă parte se așteaptă ca și ceilalți să îi citească dorințele din ochi: „Își pot da seama și singuri de asta“. Așteptările înșelate se adună în spatele unei măști politicoase și se exteriorizează prin faptul că politicosul devine introvertit ori dezvoltă probleme de natură psihosomatică.

„Puteau să își fi imaginat că mă interesează acest lucru. Ei în schimb se gândesc numai la ei; cu astfel de oameni egoiști eu nu pot trăi.“

Onestul: Își exprimă ideile în mod direct, spune ce gândește, indiferent dacă își jignește sau nu partenerul: „Mi-am spus părerea. Dacă nu îi convine, treaba lui“. Își impune interesele și din această cauză este luat drept egoist și egocentrist. În mediul său, sinceritatea lui va fi chiar apreciată în anumite situații. Mai des întâlnită este însă atitudinea de neînțelegere a celorlalți, care se simt bruscați de „egoism“. Urmările pot fi sentimentele de vinovăție. În ultimă instanță se ajunge la o mândrie cinstită: „Nici nu mă gândesc să fac un U dintr-un O. Ce este adevărat trebuie să rămână adevărat.“

Oscilantul: Pendulează între politețe și sinceritate, între agresiune și sentimentele de vinovăție: „Îmi pare rău că nu l-am menajat. Nu știu cum să îndrept lucrurile“, „Cea mai mare parte a timpului am tăcut și am ținut totul în mine. Acum însă deja mi-am pierdut răbdarea, așa că i-am spus cuvânt cu cuvânt ce cred despre el“.

Ambivalența se poate împărți între diverse capacități actuale:

„Când soția mea vine târziu acasă, îi sar în cap imediat. Dar de când am auzit că are un prieten, nu am mai scos un cuvânt.“

Acest comportament poate forma în mod diferit relația cu diverse persoane: „Se ferește de șeful său, dar ar trebui să îl vedeți acasă“.

Prima sarcină a terapeutului, la acest nivel, este să stabilească tipul politicos/sincer al pacientului și să analizeze împreună cu el și să descrie comportamentul său politicos/sincer într-un mod cât se poate de detaliat, în conformitate cu situația.

Astfel se dezvoltă *capacitățile de comunicare*, care constau de exemplu în faptul că persoana în cauză îndrăznește să zică ce îi place sau ce nu îi place, ce ar vrea sau ce refuză, să reacționeaze în așa fel încât ceilalți să se simtă acceptați și să poată înțelege exact mesajul. În afară de asta, sunt abordate *capacitățile de metacomunicare*, care constau în faptul că persoana respectivă este în poziția de a recunoaște dificultățile de comunicare, de a înțelege condițiile și cauzele lor, de a conștientiza neînțelegerile și conceptele implicate și, pe cât posibil, de a diminua tulburările.

Conflictul de bază

Cum s-au purtat părinții pacientului? Ce scopuri au urmărit cu educația având în vedere domeniile politețe/sinceritate? În ce măsură au reprezentat un model pozitiv sau înspăimântător pentru pacient? Ce experiențe, succese și insuccese a trăit pacientul însuși?

> *Doamna Ute S. relata*: „Pentru mama mea conta cel mai mult ce spuneau oamenii. Dacă noi eram multumiți sau nu de asta, o interesa mai puțin. Important era ca oamenii să spună… mai târziu, politețea mamei mele m-a enervat deseori, pentru că vedeam ceva fals în ea. Când mă plângeam că mama avea așa puțin timp pentru mine, își pierdea repede răbdarea și mă expedia rapid. Cel mai mult punea preț pe politețe și pe supunere, astfel că am renunțat curând să mă mai plâng pentru a nu ne mai enerva nici eu, nici mama. Putea să se enerveze așa tare, că mi se făcea teamă… felul de-a fi al tatălui meu, sincer, dar mai necizelat, mă înspăimânta puțin când eram copil. Aveam o prietenă care își permitea multe cu ai ei, așa cum eu nu aș fi îndrăznit niciodată. Îi spunea mamei sale pur și simplu: «Nu poți veni azi, nu îmi convine. Am alte planuri». Așa ceva eu nu aș îndrăzni niciodată să zic. Dacă îmi imaginez numai așa ceva, deja am în fața ochilor tot scandalul pe care mi l-ar face mama.“

Capacitatea de a verbaliza este subordantă unei modelări puternice, care are loc în timpul conflictului de bază. Astfel sunt formate aproape de dinainte, prin situația educațională, atitudinea referitoare la vorbit și comportamentul lingvistic propriu-zis:

> „Când cineva vrea să spună ceva, trebuie să se exprime foarte clar, sau să o lase baltă.“, „Mereu când voiam și eu să zic ceva, matușa mea preferată spunea: «Draga mea, ai o față atât de dulce, dar un dialect îngrozitor. Dacă pot să îți dau un sfat, este să privești dulce pe toată lumea cu ochii tăi albaștri, dar să nu scoți un cuvințel»“ (casnică în vârstă de 28 de ani; inhibiții).

În mod contrar, comportamentul verbal poate fi foarte solicitat:

„Când eram copil turuiam mereu și asta le plăcea părinților mei. Prietenele mele mă ascultă cu interes. Mereu sunt purtătoarea lor de cuvânt. Soțul meu mi-a spus că pot vinde un frigider și unui eschimos“ (femeie, manager, în vârstă de 32 de ani).

Aici se amestecă și factorii transculturali. În Orient este ceva normal să vorbești tare, mai ales atunci când copiii fac asta. Vecinii, care de obicei sunt deranjați într-o mică măsură de gălăgia copiilor, nu sunt luați prea mult în seamă. Activitățile verbale par de departe mai atrăgătoare și mai puțin restricționate de reguli și norme. Astfel, în Iran poți merge pe stradă cântând, fără ca trecătorii să găsească ceva deosebit în asta, lucru care în Europa este mai puțin posibil.

Doamna Ute S. a comentat deja în IAD: „La masă aveau voie doar părinții să vorbească, asta însemnând că noi aveam voie să vorbim doar când eram întrebați…“

Prelucrarea terapeutică a conflictului politețe — sinceritate semnifică înainte de toate a discuta despre urmările posibile ale anumitor conduite comportamentale. Astfel vor fi anticipate, dincolo de sarcina pur cognitivă, consecințele unui comportament, ceea ce influențează din nou alegerea alternativelor comportamentale. În etapa verbalizării, noi nu tratăm numai conflictul-cheie politețe–sinceritate, ci și conflictele de bază în relație cu celelalte capacități actuale și medii.

Doamna Ute S. respingea — deși manifesta întotdeauna o atitudine pozitivă față de sinceritate — toate gândurile care ar fi dus la o confruntare deschisă cu soțul ei. În loc să își spună părerea, prefera să dea înapoi, să îi lase partenerului impresia că este de acord cu el, ori să îi dea sentimentul că ceva nu ar fi mers cum trebuie. Ocazional se ajungea la o exteriorizare a sentimentelor legate de conflictele actuale, ceea ce a înspăimântat-o atât pe pacientă, cât și pe soțul ei. Doamna S. a lăsat să se înțeleagă că vede sinceritatea, în sensul susținerii propriilor interese, drept agresiune și că ar fi mai bine să lase la o parte propriile nevoi. Următoarea poveste orientală i-a dat de gândit:

Un motiv pentru a fi recunoscător

„Am nevoie de bani, poți să îmi împrumuți o sută de tumani (monedă în Iran)?“ l-a întrebat un bărbat pe prietenul său. „Am banii, dar nu ți-i dau. Să îmi fii recunoscător!“ Prietenul său a sărit în sus: „Ca tu să dispui de acești bani și să nu vrei să mi-i dai, mai pot înțelege la o adică. Dar că trebuie să îți fiu și recunoscător pentru asta nu este numai de neconceput, ci chiar o nerușinare.“ „Dragul meu prieten“, a răspuns celălalt, „mi-ai cerut bani. Aș fi putut spune vino mâine. Mâine aș fi putut spune îmi pare rău, dar nu ți-i pot da încă, așa că vino poimâine. Când ai fi venit poimâine, ți-aș fi spus să vii la sfârșitul săptămânii. Așa aș fi putut să te amân până la sfârșitul zilelor, sau cel puțin așa de mult, până ți-ar fi dat altul banii. Dar pe acela nici nu l-ai fi găsit, deoarece ai fi fost mereu ocupat să vii la mine și ai fi contat pe banii mei. Pe când așa îți spun cinstit că nu îți dau banii. Acum poți să te duci deci în altă parte să îți încerci norocul. Să îmi fii deci recunoscător!“

Mai târziu, pacienta a relatat: „Întotdeauna am crezut că a-ți impune propriile dorințe și interese este o dovadă de egoism. Și, așa am învățat eu, egoismul este un lucru rău. Pentru mine a fost ceva nou să aud că poți ajuta pe cineva dacă îți articulezi propriile interese.“

Concept — concept de bază: În acest context devine clar înțelesul mitologiilor individuale. Ele sunt esența atitudinii asupra politeții/sincerității și servesc drept raționalizare și scuză. De aici pot fi derivate tradițiile de familie, care depind adesea de stratul social din care provine pacientul: „Adaptează-te lumii. Căci capul tău este mult prea mic pentru ca lumea să i se adapteze“, „Diplomația este un alt cuvânt pentru minciună“, „Mai întâi înghiți și apoi scuipi“.

Conceptul mitologic preluat din copilărie este considerat în general ca fiind universal valabil. Alte concepte decât cel propriu sunt privite ca fiind nerealiste, false ori imorale. Mai ales mitologiile care au de-a face cu comportamentul verbal conduc la distorsionări și perturbări ale comunicării; sunt apărate deseori cu insistență ca parte a conceptului de sine. Acest concept poate fi relativizat și făcut permeabil din punct de vedere terapeutic, atunci când terapeutul își confruntă pacientul cu un contraconcept potrivit. Această confruntare este pur și simplu o confruntare a conceptelor: terapeutul nu se identifică cu unul din conceptele susținute de el, ci îl oferă într-o anumită măsură ca suport de relativizare și ca efect neutralizator.

Concept: „Vorbesc așa cum îmi vine.“
Contraconcept: „Omul are două urechi și o limbă.“
Concept: „Trebuie să vorbești despre toate problemele!“
Contraconcept: „Rufele murdare nu se spală în public.“

Contraconceptul nu este, în consecință, o înțelepciune intangibilă, ci poate fi introdusă funcțional în terapie. Astfel se poate întâmpla ca un concept al unui pacient să devină contraconcept pentru un altul.

În completarea mitologiilor, sunt importante situațiile pe care le asociază pacientul.

> *Doamna S.:* „Îmi aduc aminte că eu, împreună cu mama, am fost invitate la niște cunoscuți sus-pușii. A trebuit să stau cuminte la masă tot timpul. Când am început să protestez, mama mi-a spus imediat să stau liniștită, ce or să creadă oamenii despre mine?“

Tehnici în etapa verbalizării

Cum începi un dialog? Abia după o pregătire (distanțare, inventariere și încurajare selectivă) are loc o conversație în sensul verbalizării către o confruntare directă — aici: neblocată de neînțelegeri. De îndată ce se formează sau reformează o bază de încredere pe acest fundament, pot fi abordate conduitele conflictuale de comportament. Pentru unii, această manieră pare a fi prea directă. Mai avantajoasă este, în cazul lor, următoarea procedură: discuția începe cu o încurajare (adresare), este menționat un mod pozitiv de comportament, este scos în evidență un succes al partenerului. Abia apoi pot fi abordate temele critice (conținut) și identificate consecințele lor (simptome).

Această metodă prezintă două avantaje: pe de-o parte îi sunt amintite persoanei de referință capacitățile pozitive ale partenerului; pe de altă parte este construită o bază de încredere. El observă că este acceptat și poate astfel reacționa mai bine la critică. În practică, acest demers ar putea arăta astfel:

„Mă bucur că îmi spui deschis ceea ce crezi. Numai că uneori sunt trist din cauza felului în care o faci. Cum crezi tu că putem rezolva această problemă?“

Regulile jocului pentru un dialog: Vor fi numite din ambele părți soluții, care vor fi notate. Când mama critică dezordinea fiicei ei și îi cere să pună totul la locul său după joacă, fiica poate veni cu o contrasugestie, și anume să facă ordine după ce termină într-adevăr să se joace: după-amiază sau înainte de culcare. Dacă propunerea copilului este în conformitate cu circumstanțele externe (mărimea locuinței, surori etc.), va fi acceptată de ambele părți.

Dacă nu, se pot căuta mai departe alte soluții. Eventual, fiica și mama cad de acord să amâne discuția pentru o altă zi. În fiecare seară ar trebui căutat dialogul și discutat despre succesul și eșecul obținute în realizarea deciziilor. Apoi se va lua o decizie cu privire la sugestie și la acord. Foarte eficientă pentru acest demers este perioada de dinaintea culcării. Dacă relațiile sunt totuși deja foarte împotmolite, trebuie luate în calcul reacții de încăpățânare.

Când să vorbești? Precum în cazul autoajutorului, verbalizarea va fi căutată la ore dinainte stabilite, de obicei seara, și durează de regulă între 15 și 20 de minute. Astfel, prelucrarea conflictului va fi corect dozată, spre deosebire de practica uzuală existentă în psihoterapia laică, de a discuta o singură dată o noapte întreagă și apoi de a renunța pentru mai multe săptămâni la rând la orice comunicare centrată pe conflict. Prin măsura ca verbalizarea, în esența sa critică, să se limiteze la anumite ore și la o durată de timp prestabilită se urmărește și un alt scop. În spațiul nostru cultural a devenit o practică uzuală ca unui comportament negativ să îi urmeze imediat un automatism conflictual spontan (copilul se desprinde de mama sa, cade și își murdărește pantalonii. Mama îl ridică, îl ceartă și îi trage o palmă la fund). În cazul verbalizării, din contră, măsura imediată (eliminarea sursei de pericol) este separată (copilul se desprinde de mama lui, cade și își murdărește pantalonii. Mama îl ajută pe copil, dacă este nevoie, să se ridice și vorbește cu el încă o dată seara despre ce pericol implică actul de depărtare) de critică (efectul de învățare în cadrul instituției verbalizării).

Această procedură se opune unei înțelegeri limitate a procedurii teoretice de învățare, în cadrul căreia un comportament nedorit este eliminat imediat prin aplicarea unei pedepse. În cazul de mai sus, consecințele comportamentului său reprezintă deja o pedeapsă pentru copil; dar și ignoranța mamei a avut un efect de solvent al comportamentului. Mai importantă decât pedeapsa, care urmează imediat, este întreruperea obișnuitelor automatisme conflictuale și a lanțului de reacții și menținerea raportului de încredere existent între parteneri.

Persoana de referință — în cazul nostru pacientul care se află în tratament — își elimină obișnuințele conflictuale și paralel cu asta dezvoltă răbdare și devine model față de partener. Această formă procedurală se potrivește mai ales pentru începutul procesului verbalizării. În măsura în care pacientul s-a îndepărtat de mecanismele sale comportamentale bine împământenite și mecanismul conflictual automat nu se mai desfășoară necontrolat, pacientul poate oferi din nou răspunsuri mai spontane cu privire la comportamentul partenerului, răspunsuri care se deosebesc în mod esențial de reacțiile inițiale.

În ce situație vorbești? Soțul vine obosit acasă și își întreabă soția: „Ce mai faci?“ Ea începe imediat: „Nu îmi merge bine, copiii m-au enervat toată ziua, așa nu mai merge. Trebuie să te ocupi mai mult de ei“ etc., etc. Cu asta este eliminată orice posibilitate de a avea o atmosferă plăcută, cel puțin pentru seara respectivă. Calitățile de percepție negativă interferează cu o situație până atunci neutră. Când partenerul este invitat la o discuție, depinde în mod esențial de situația în care are loc aceasta. Astfel, nu prea are sens să scoți de exemplu un copil din

mijlocul jocului doar ca să vorbești cu el despre dezordinea lui. Aici este, în mod evident, ales greșit momentul. Este de asemenea impropriu ca discuția să fie deschisă în prezența rudelor, cunoștințelor sau prietenilor. Un astfel de procedeu ar fi considerat de partener ca fiind jignitor și instigator: îi provoacă rezistență.

La fel de problematic pentru străduința de a verbaliza este monologul. Dacă persoana de referință vrea doar să țină o prelegere și să instruiască, discuția, care de fapt nu este o discuție, va deveni neinteresantă pentru partener.

O angajată în vârstă de 30 de ani relata:

„Mereu eram obligată să adopt o poziție inferioară. Nu aveam nici un drept să îmi exprim părerea, trebuia mereu să ascult și să suport discursuri. Dacă voiam să îmi apăr poziția, se iscau certuri și accese de furie. Ce îmi mai rămânea atunci de făcut, decât să mă apăr de forța dominantă, acceptând silit din ce în ce mai mult un rol pe care nu voiam să îl joc."

Această „otrăvire a atmosferei" este absorbită prin limitări în spațiu și timp ale verbalizării.

Critica obiectivă: Persoana de referință vorbește concret despre dificultățile apărute. Explică de ce se enervează și dă exemple. Nu se mulțumește să constate la modul general: „M-ai mințit", ci numește cazul concret care i-a stârnit supărarea. Pentru a înlesni înțelegerea partenerului, pot fi oferite mai multe exemple. Nu rareori părinții se plâng:

„Am încercat deseori să purtăm o discuție critică cu copiii noștri, deoarece eram supărați din cauza unui anumit lucru. Dar când începeam discuția, uitasem deja de mult motivul supărării noastre. Atunci le reproșam copiilor tot felul de lucruri răutăcioase, precum «Ai fost obraznic» sau «Nu știi să te porți»".

Aici, ajută un remediu simplu: scrierea pe hârtie a întâmplărilor corespunzătoare sprijină memoria. Dacă sunt prezentate întâmplările puse în discuție în detaliile lor esențiale, fiecare va ști despre ce este vorba. Dificultățile de înțelegere, bazate pe enunțuri prea generale sau prea puțin precise, pot fi diminuate.

Chiar și atunci când o persoană de referință își dă silința să critice obiectiv și, pe lângă trăsăturile criticate, le amintește și pe cele pozitive ale partenerului său, nu poate să se aștepte întotdeauna ca partenerul să fie obiectiv și distant. Deși persoana de referință cunoaște procesele dinamice ale controversei în relația partenerială, îi vine uneori totuși greu să se poarte calm și corect. Cu atât mai puțin este de așteptat acest lucru din partea partenerului, care are posibilitatea să adopte o poziție sinceră față de problemele sale.

Sfatul nedorit: În timp ce persoana de referință a preluat un rol mai activ în prima fază a conversației, acum este necesar ca ea să asculte. Acest lucru înseamnă să nu își întrerupă partenerul, să nu comenteze, să nu înceapă cu sfaturi de bine și să nu încerce să se justifice față de partener. Trebuie să fim conștienți de faptul că avem de-a face cu o controversă și nu este de așteptat ca ambii parteneri să aibă aceleași păreri. Din contră: o neconcordanță de păreri poate fi un semn de franchețe și sinceritate a discuției, și de încredere.

A nu constrânge: Deseori pe cei care asistă de pe margine îi preocupă o anumită problemă mult mai mult decât pe persoana în cauză. Ea este forțată să clarifice lucrurile, să devină conștientă de anumite lucruri, să ia decizii etc. Astfel partenerul este împins în defensivă și posibilitățile sale de verbalizare se restrâng. Copilul vine de la școală; înainte să apuce să își lase ghiozdanul, este examinat de către mama sa: „Ai primit odată înapoi lucrarea la germană corectată? Ce s-a mai petrecut pe la școală? Ai ridicat destul mâna să răspunzi?"

Partenerul se simte copleșit și își retrage încrederea față de persoana de referință. Într-o familie fără probleme de comunicare foarte mari, fiecare membru al familiei își dorește să comunice cu ceilalți. Această înclinație pozitivă este mai profitabilă decât o confesiune smulsă cu forța.

A avea dreptate și a spune drept: Sinceritatea și franchețea, așa cum sunt ele pretinse în comunicarea de cuplu, devin adesea un atac frontal, după motoul: Ori cu mine, ori împotriva mea. Verbalizarea astfel înțeleasă devine o luptă pentru putere în cadrul relației de cuplu. Crezi că ai dreptate, și excluzi posibilitatea ca și partenerul să aibă la rândul său dreptate cu perspectiva lui.

„‚A avea dreptate" este sinceritate fără politețe, franchețe fără a ține seama de celălalt, afirmare de sine fără empatie. Pretenția că ai dreptate se află dincolo de disponibilitatea de a te confrunta verbal cu partenerul, de a te întreba de ce pretinzi acest drept pentru tine și de ce partenerul îl pretinde pentru el. Antonimul pentru acest concept este „a spune drept", adică politețea legată de sinceritate. În plan secundar se află discuția care clarifică lucrurile, în care este mai puțin important într-o primă fază să îți impui necondiționat părerea, ci să obții înțelegere cu partenerul.

Pentru pacient nu este întotdeauna simplă această procedură. Așa cum încerci să îți impui în fața partenerului unul sau mai multe concepte, ce servesc drept sisteme de valori, așa vine și el cu propriul său sistem de concepte. Acest lucru îl exprimăm foarte simplu: „El are alte

concepții, altă părere, altă convingere, altă atitudine, crede în altceva și în cele din urmă: suntem tipuri diferite de oameni“. Aceste concepte au rolul de a controla și de a programa acțiunile și așteptările. Astfel, partenerul încearcă, cu modul direct de procedare al celui care are dreptate, să impună totul dintr-o dată, lucruri cristalizate în el ca atitudini stabile. Uneori, acest fel violent are un succes surprinzător. Însă și mai adesea se întâmplă ca relația să aibă de suferit din cauza noțiunilor și a evaluărilor diferite, care o fisurează: „Nu vrem să te mai vedem cu părul ăsta lung. Un hippie nu se potrivește cu noi“.

Chiar dacă o persoană crede că are dreptate, acest lucru nu înseamnă că părerea celorlalți este în totalitate neîndreptățită și mai ales: ea are nevoie de timp pentru a-și lărgi conceptul — așa cum și noi avem nevoie de acest lucru. În această măsură, pacientul preia și aici rolul terapeutului. El verifică în ce măsură poate partenerul său să înțeleagă, ce vrea el să spună. Astfel, este necesar aici a dovedi un comportament, învățat anterior în relație cu observarea/distanțarea: să se distanțeze temporar de partener și să îi acorde timpul, înțelegerea și încrederea de care acesta are nevoie.

În locul unei confruntări deschise: „Asta e părerea mea, dacă îți place, bine, dacă nu, treaba ta“, se încearcă găsirea unei forme care să îi faciliteze partenerului înțelegerea și a celeilalte păreri. O cale în acest sens o oferă contraconceptul, care îl obișnuiește pe partener cu o altă formă de gândire, fără ca el să trebuiască să preia imediat această formă. El poate să se confrunte cu acesta și să caute singur la un anumit moment dat dialogul despre chestiunile care îl macină.

Lui nu îi va fi închisă în nas ușa comunicării, în ciuda diferențelor de opinie în ceea ce privește ordinea, punctualitatea, credința, politica etc. Va fi astfel izolată problema dezbătută de relațiile personale parteneriale.

Analiza enunțurilor: Exprimările care au de-a face cu domeniul conflictelor sunt de obicei destul de fragmentate. Din tot ceea ce trebuie spus de fapt, rămân până la urmă numai aluziile, și chiar încercările gălăgioase, de a îmbrăca disconfortul în cuvinte, se învârt în jurul subiectului și ascund mai mult în loc să dezvăluie. În aluziile verbale și nonverbale, se așteaptă ca partenerul să-l înțeleagă pe celălalt. Din întreg enunțul rămân de cele mai multe ori numai adresarea și simptomul. Din cuprins rămâne în orice caz un reproș, cu care partenerul nu prea are adesea ce face, căci nu dispune întotdeauna de un concept de referință care să îi permită să decodeze aceste informații trunchiate așa cum trebuie.

Verbalizarea are astfel scopul în primul rând de a transforma adresarea, cuprinsul și simptomul în enunțuri complete și în al doilea rând de a diferenția conținutul declarațiilor în așa fel încât și partenerul, care are un alt concept, să îl înțeleagă. În situația de conflict a doamnei Ute S., centrul de greutate al enunțurilor ei legate de conflictul existent se află în perimetrul simptomului. Ea arată și spune cât de greu îi este, adresarea și cuprinsul se rezumă la reproș. La soț există în mare o deosebire insuficientă a conținutului. Atunci când el spune: „Ajung acasă la ora 17“, el oferă o informație dublă: „Chiar sunt la ora 17 acasă. Poți să ai încredere în mine“ și „Știi că nu iau în serios chestiunea cu punctualitatea, pot să vin și mai târziu“. A doua informație rezultă din faptul că până acum a întârziat deseori. Soția lui nu știe la care dintre cele două posibilități se referă. În această situație, soțul poate să învețe să articuleze exact ceea ce vrea să spună de fapt.

Adresare	Conținut	Simptom
Trebuie să plec acum.	Voi fi între ora 20 și 21 acolo. Dacă nu voi ajunge în acest interval, te voi suna în prealabil.	Nu îți face griji, știi doar că am mult de lucru la serviciu. Mă bucur să îmi petrec seara asta cu tine.

Conceptul de comunicare

Într-un mod similar au fost prelucrate și limitările de comunicare ale doamnei Ute S.

Comunicarea controlată: Când se discută teme conflictuale, temperamentul devine adesea mai independent. Oamenii colerici izbucnesc imediat, înainte să se ajungă la o dispută adevărată: „Când îmi ies din pepeni, nu mă pot controla. Îmi pierd controlul asupra mea și apoi rămân cu sentimentul de vinovăție și am un prieten mai puțin“. La cealaltă extremă se află oamenii care se închid în ei și nu permit nici unei agresiuni să răzbată în exterior.

Problema-cheie în astfel de cazuri este mai puțin capacitatea de agresivitate, căci ambelor tipuri caracteriale le poate fi atribuită agresivitatea într-o mare măsură. Problema se află mai degrabă în controlul agresivității: „Când observ rezistența, mă enervez. Trebuie să le spun celorlalți părerea mea. Și ce fac, fac cum trebuie“. Pe de altă parte: „La ce folosește dacă fac scandal, mă port așa cum de obicei nu o fac și apoi mă blochez și sunt cu atât mai inhibat din cauza sentimentului de vinovăție.“

Agresiunea ca loc de manifestare în exterior a sincerității poate fi controlată. Calea spre o explozie colerică sau spre o ascundere în căsuța melcului poate fi întreruptă, și după fiecare dintre aceste întreruperi

poți să te decizi: cum merg mai departe? Cu alte cuvinte, în locul sincerității explozive sau asigurătoare, noi așezăm o sinceritate succesivă, fracționată, ierarhizată. În a douăsprezecea ședință de terapie a doamnei Ute S., am discutat pe larg problema sincerității-politeții și am implicat situații legate de aceste două concepte. Astfel, doamna Ute S. a fost familiarizată cu tehnica comunicării controlate. După alte două ședințe, în a 14-a ședință, doamna Ute S. a prezentat mândră un succes, la care, după cum a spus, nu s-ar fi așteptat niciodată. Într-o confruntare cu soțul ei, ea a preluat rolul dominant și și-a prezentat interesele într-un mod acceptabil pentru ea și pentru soțul ei. În ședința de psihoterapie, pacienta a reconstruit confruntarea:

Soția: „De ce nu îți faci timp pentru copii?“ (etapa 1)

Soțul: „Când vin acasă am nevoie de liniște. La urma urmei, de asta ești tu aici.“

Soția (ar fi putut să bată în retragere sau să înceapă să țipe, dar a spus): „Eu sunt doar mama lor. Însă copiii au nevoie de amândoi părinții, de mamă și de tată.“

Soțul (țipa): „Gata, mi-a ajuns. Îmi reproșezi că îmi neglijez copiii. La ce îți stă mintea? Nu te-ai gândit niciodată pentru cine lucrez? Dar pentru asta ești prea proastă.“

Soția (ar vrea să se înfurie, dar se stăpânește): „Îți prețuim munca foarte mult. Asta ți-am mai spus-o însă de atâtea ori. Și dacă nu a fost destul de clar, aș vrea să o repet. Am sentimentul că amesteci două lucruri diferite.“ (a doua etapă)

Soțul (țipă din nou): „Acum încetează definitiv.“

Soția (ridică tonul): „Dacă tu țipi, pot și eu să țip (ridică și mai mult tonul, țipând): Și eu am o voce puternică (dintr-o dată devine însă foarte calmă). Suntem amândoi oameni raționali și nu este necesar să țipăm unul la celălalt.“ (a treia etapă)

Soțul (întoarce faptele și afirmă): „Nu eu am început să țip.“

Soția: „Dacă m-ai lăsa să spun ce am de spus, ai înțelege ce voiam de fapt să zic.“

Soțul: „Aha, acum nu o mai înțeleg dintr-o dată pe iubita mea soție deloc. Ar trebui să îți citesc toate dorințele din ochi. Dar pot să îți spun ce vreau eu: vreau să am liniște.“

Soția (accenuează răspicat și prudent): „Și o meriți pe drept. Noi suntem ultimii care nu ți-o acordăm.“ (a patra etapă)

Soțul: „Este nemaipomenit de drăguț din partea voastră. Și calului care trebuie să muncească continuu i se mai dă uneori câte o bucățică de zahăr.“

Soția (zâmbește): „Dacă ție nu îți place zahărul, mie să știi că îmi place din când în când.“ (a cincea etapă)

Soțul (zâmbește): „Gândește-te însă la calorii. Ai dreptate, sunt cam nervos acum. Lasă-mă să mă liniștesc puțin și apoi putem vorbi. Apoi trebuie să recunosc că este destul de ciudat pentru mine că vrei să mă implici în educație. Aveam impresia că sunt dispensabil și că totul merge și fără mine.“

Aici soția controlează controversa. Nu își refuză propriile nevoi și în același timp îi dă partenerului posibilitatea de a câștiga controlul asupra propriei sale persoane. Astfel, zâmbetul a apărut ca fiind o dovadă a succesului; soțul a putut exprima o mică agresiune (remarca asupra caloriilor). A fost găsită o bază comună a dialogului. Discuția ar fi putut decurge așa:

Soția: „De ce nu îți faci timp pentru copii?“ (etapa 1).

Soțul: „Când vin acasă am nevoie de liniște. La urma urmei, tu pentru asta ești aici.“

Soția: „Dacă tu crezi că poți să o faci pe pașa, ai luat-o pe drumul greșit. De parcă o femeie casnică nu ar face nimic. Cu tine nu se poate vorbi“ (pleacă din cameră și trântește ușa).

Conflict — Concept — Contraconcept

Situație	Valoarea lui Este	Valoarea lui Trebuie
O cunoscută a pacientei a întrebat-o pe aceasta unde sunt copiii, spunând în treacăt „Cum puteți numai să vă dați copiii?“ (Concept vizat aici: O mamă care se desparte de copiii ei nu este o mamă grijulie.)	Pacienta s-a simțit atacată: „Am fost terminată. Nu mai voiam să văd pe nimeni. Apoi m-am înfuriat îngrozitor.“ (conceptul pacientei: „Nimeni nu mă înțelege.“)	„Dacă fiecare ar ști totul despre celălalt, ne-ar fi tuturor mai bine și mai ușor“ (contraconcept). Enunțul atacului este relativizat, este implicat conceptul pacientei: „Dacă ai știut de ce am făcut-o, nu mi-ai mai spune că nu sunt o mamă grijulie.“ Partenerul (prietena) nu putea să înțeleagă și deci să ierte, pentru că ea nu cunoștea motivele pacientei.

Întâlnirea diferitelor concepte este legată, pentru mulți parteneri, de mari greutăți. Ei au învățat să se exprime numai în cadrul aceluiași concept. Dacă vine un partener de conflict cu un alt concept, ei se poartă precum un jucător de șah al cărui partener nu mai joacă după regulile jocului de șah, ci după cele ale jocului de dame. Verbalizarea concep-

telor se realizează prin intermediului conceptului și al contraconceptului și poate fi verificată în cadrul valorilor lui Este și Trebuie

O femeie de 38 de ani și-a trimis, după cel de-al doilea divorț, copiii la internat, nemaiputând să aibă singură grijă de ei. Pacienta avusese în copilărie nu mai puțin de patru persoane de referință pe post de mamă. Chiar din primele ședințe de psihoterapie ea era extrem de iritată, spunând aproape plângând că în ultimele nopți nu a mai putut deloc dormi. Factorul declanșator fusese reprezentat de o situație discutată apoi pe larg în cadrul valorilor lui Este și Trebuie.

Contraconceptul i-a dat pacientei posibilitatea să își vadă conflictul dintr-o altă perspectivă decât îl interpretase înainte. Din cauza sentimentelor sale de vinovăție latente, ea percepuse înainte enunțul cunoștinței ei ca fiind numai o agresiune nedreaptă, reacționând spontan la aceasta. Dimpotrivă, contraconceptul i-a oferit posibilitatea de a înțelege comportamentul partenerului ei de conflict ca fiind o neînțelegere, mai puțin îndreptată deci către propria persoană.

În cea de-a paisprezecea ședință, doamna Ute S. a venit destul de agitată și și-a exprimat nevoia de a povesti un incident care o neliniștise:

Terapeut — pacient: concept — contraconcept

Situație	Valoarea lui Este	Valoarea lui Trebuie
„Mama a venit alaltăieri seară în vizită și era din nou foarte tristă. Am ajuns să discutăm despre mama lui Kennedy, căreia îi muriseră cei mai mulți dintre copii.“	„Pentru că știam că mama se gândea din nou la tatăl meu mort, am vrut să o consolez și i-am spus: Săraca femeie, cât trebuie să fi suferit, din opt copii i-au murit cinci. La aceste cuvinte, mama s-a supărat foarte tare, a ieșit din cameră și a trântit ușa.“	Am elaborat drept contraconcept o modificare a vechiului enunț: „Mami, tu poți să înțelegi cel mai bine cât de mult a suferit doamna Kennedy.“

Enunțurile doamnei S. includ ceva de genul: Nu te mai plânge atâta de suferința ta, sunt alte persoane care au suferit mult mai mult. Această interpretare este inclusă în comportamentul verbal al pacientei. Agresivitatea ei indiscutabilă față de mamă câștigă superioritate și împinge deoparte relațiile emoționale pozitive. Aici se confruntă independent de voința pacientei două concepte contradictorii. Enunțul ei își avea deja inclus focosul cu ardere în timp și fusese experimentat cu

succes în situații asemănătoare. Contraconceptul conține relația pozitivă la care se referea pacienta la început. Al doilea concept: „Lasă-mă odată în pace cu lamentările tale“, a fost extras din comportament și manifestat în exterior separat, în sensul sincerității.

Aspecte terapeutice ale verbalizării

Verbalizarea preia o funcție triplă în cadrul psihoterapiei în cinci etape:

Datorită ei este îndeplinită sarcina principală a conștientizării. Sunt abordate conținuturi și evenimente care au căzut victime mecanismului politeții, fiind astfel reprimate, care în același timp se află în spatele propriilor atitudini și motivații. Conflictul-cheie este relația dintre politețe și sinceritate. Pacientului îi poate fi facilitată renunțarea la mecanismele de reprimare și de politețe apărate până atunci prin prezentarea consecințelor acestei renunțări.

Verbalizarea nu este numai un mijloc, ci chiar obiectivul terapiei: a cuprinde prin intermediul instrumentului „limbă“ conflictele și condițiile lor și a găsi soluții la probleme. În dialogul terapeutic, pacientul vorbește despre problemele sale, iar terapeutul îi oferă noi concepte și semnificații, cu care el își poate înțelege mai bine conflictele. În afară de acest lucru, prin intermediul poveștilor sunt abordate mijloacele intuiției. Prin toate acestea este extins repertoriul verbal al pacientului.

Cel de-al treilea aspect se referă la comportamentul social al pacientului și la tehnicile sale de comunicare. În terapie sunt prelucrate fundalul, formele și consecințele stilului de comunicare al pacientului și construite forme de comunicare alternative. Este totuși mai puțin vorba despre un training al interacțiunilor formale, cât despre un program corespunzător de diferențiere și exersare, centrat în jurul conflictului-cheie politețe — sinceritate. Aceasta nu înseamnă că vor fi pur și simplu înlocuite inhibițiile sociale sau comportamentul asocial prin tehnici nou conservate, ci că vor fi clarificate conținuturile, capacitățile actuale și mediile implicate în conflicte. Noi întrebăm concret: Față de cine și cât de des apar conflicte legate de politețe/sinceritate? Cum și când se manifestă ele? Și pe ce capacități actuale se bazează?

Trainingul de comunicare analitico-diferențial poate fi aplicat în diada pacient–terapeut sau în grupurile terapeutice, în care poate fi exersat într-un cadru mai larg comportamentul legat de politețe/sinceritate. Aceste exerciții îi pot fi prezentate pacientului cu scopul autocontrolului în schimburi de rol sau pe video recorder. El învață astfel să își controleze sentimentele și comportamentul prin observație. S-a dovedit a fi deosebit de favorabilă implicarea partenerului de con-

flict în acest training, fie în cadrul terapiei de familie în prezența terapeutului, fie ca autoexperiență a pacientului.

Autoajutorul în etapa verbalizării

Vorbiți în această treaptă cu partenerul dumneavoastră despre conflictele și problemele apărute. Pentru a construi o bază de încredere, începeți dialogul cu încurajări îndreptățite. Partenerul numește problemele sale: Ascultați-l (Fiți politicos). Spuneți-i și dumneavoastră partenerului problemele pe care le aveți (Fiți sincer). Vor fi căutate împreună modalități de rezolvare a problemelor. Cei implicați au obligația de a tăcea în ceea ce privește dialogul celor două persoane implicate. Fiți atenți la regulile de joc ale unui dialog. Nu uitați că a înțelege greșit vă dăunează mai mult dumneavoastră și partenerului dumneavoastră decât un dialog deschis la timpul potrivit, în care vă puteți exprima deschis punctul de vedere.

Capacități actuale și medii implicate: Politețe, sinceritate, contact, răbdare, timp; mijloacele raționii și ale intuiției, relația cu Eul, cu Tu-ul și cu Noi-ul.

Atenție la neînțelegeri: Dreptate — iubire, relativitatea valorilor, proiecție și identificare, prejudecăți.

Mitologii și concepte implicate: „Un motiv pentru a fi recunoscător" (p. 318).

Etapa 5: Extinderea obiectivelor

În etapa extinderii obiectivelor se află din nou în prim-plan aspecte legate de conținut, care necesită totuși ca premisă capacitatea de a verbaliza.

Tulburările de comunicare din relația de cuplu aduc în general cu sine o limitare foarte mare a contactului. Partenerul este pedepsit interzicându-i-se ceva, respectiv prin faptul că celălalt se îndepărtează de el. Această pedeapsă, folosită inițial ca mijloc de educație, devine adesea de sine stătătoare și reprezintă o componentă stabilă a relației de cuplu. „Din cauza dezordinii și minciunilor tale pică excursia de duminică."

De aici poate rezulta o limitare generală a activităților comune, ceea ce nu va fi înțeles totuși ca pedeapsă, ci ca răcire și aplatizare a relațiilor reciproce. Noi numim acest proces îngrădirea obiectivelor; el se poate îndrepta atât către partener, cât și către alte persoane de referință. Astfel, o mamă care toată ziua s-a enervat din cauza dezordinii și problemelor școlare ale copiilor, își poate transfera, în anumite condiții, starea de enervare interioară asupra soțului, putând fi afectate astfel relațiile sexuale. Femeia tace cu corpul. Cauzele nu îi sunt neapărat conștiente. O astfel de reacție nu apare numai din cauza copiilor; alte motive posibile sunt socrii, vecinii, părinții, nemulțumirile la serviciu și, nu în ultimul rând, soțul.

Îngrădirea este bazată pe lipsa de diferențiere: se confundă dreptatea cu iubirea. Criteriile pentru recompensă sau pedeapsă sunt normele de comportamente ale capacităților actuale.

> O mamă îi spune fiicei sale: „Din cauza ta am plâns toată după-amiaza, din cauza lenei tale la școală. Acum te rog să nu te aștepți să merg cu tine în oraș, sunt mult prea obosită pentru a face acest lucru…"

În acest exemplu, mama renunță la ceva ce ar fi făcut cu plăcere, numai pentru a-și pedepsi fiica. Ea își îngrădește propriile posibilități și obiective. Această formă de pedeapsă este un mijloc de educație nonverbală, care face însă ca problemele propriu-zise să rămână neexprimate. Este pedepsit partenerul, obligându-l să renunțe, respectiv speculând printr-o renunțare demonstrativă sentimentele de vinovăție ale partenerului. Este o trăsătură caracteristică îngrădirii obiectivelor aceea de a vedea numai problema de moment și nimic altceva. Prin urmare, îngrădirea obiectivelor este o limitare a câmpului de valori.

Principiul fundamental al extinderii obiectivelor este experiența de învățare reprezentată prin faptul că relația cu partenerul nu se află numai sub steaua nenorocoasă a conflictului de moment, ci că această problemă este numai una din multe altele. Există mereu o serie de alte relații cu partenerul în afară de cea încărcată provizoriu conflictual. Îngrădirile de obiectiv caracteristice reacțiilor psihice neadecvate devin obiect al extinderii obiectivelor.

Dacă prin măsurile luate până acum în considerare este creată o bază de încredere și restabilită capacitatea și disponibilitatea de a verbaliza, atunci îngrădirea obiectivelor poate fi complet anulată. Are puțin sens să îi impui partenerului ce trebuie să facă. Mai degrabă trebuie activată inițiativa pentru ca ambii parteneri să se dezvolte împreună. Extinderea obiectivelor atinge cele trei domenii ale personalității umane: corp, mediu și timp. Nu stai numai în spatele biroului, ci te duci la plimbare sau faci sport; nu te sacrifici numai pentru gospodărie, ci și citești o carte sau mergi la un concert; nu îți limitezi relațiile sociale, ci îți inviți prietenii, dacă trebuie și cu copiii lor, la tine acasă; nu îl pui pe copil numai să facă teme, ci

te și joci cu el, dacă e posibil nu mereu același joc. Premisa este ca tu sau partenerul să fi învățat să aveți și să vă exprimați propriile dorințe.

Extinderea obiectivelor nu este numai sarcina celor implicați. În măsura în care ea se referă la un grup de oameni, fiecare dintre aceștia are dreptul să își spună punctul de vedere. Pentru extinderea obiectivelor este potrivită o organizare, care de fapt ar trebui să fie de la sine înțeleasă, precum grupul familial sau partenerial.

Domenii ale extinderii obiectivelor: La fel ca tulburările, și domeniile de comportament reprimate pot fi cuprinse cu ajutorul capacităților actuale și al mediilor. Deja au ieșit în relief în celelalte trepte ale terapiei aspecte legate de extinderea obiectivelor. De exemplu în legătură cu valorile lui Este și Trebuie, cu alternativele de comportament și — în mitologiile individuale — cu contraconceptul, care de fapt s-ar numi mai bine concept de îngrădire. Sarcina era de a aduce în câmpul vizual al pacientului domenii de comportament, atitudini și forme de gândire și de a-i oferi posibilitatea de a se decide singur cu privire la o alternativă sau alta. Astfel, domeniul capacităților actuale devine în primul rând obiect al extinderii obiectivelor. La acest obiectiv s-a aspirat până acum și în restul terapiei, de exemplu prin faptul că pacientul a învățat nu doar să țină seama de punctualitatea partenerului său, ci și de sinceritatea, hărnicia, ordinea și capacitatea sa de contact.

Extinderea obiectivelor este esența terapiei, în timp ce îngrădirea obiectivelor constituie esența tulburării. În etapa extinderii obiectivelor sunt incluse în terapie mediile capacității de cunoaștere, adică instrumentarul cu care se percepe realitatea, precum și mediile capacității de iubire, adică dimensiunile relațiilor psihosociale.

Exemple de îngrădire și extindere a obiectivelor

Domeniu	Îngrădirea obiectivelor	Extinderea obiectivelor
Mijlocul simțurilor, mijlocul intuiției, relația cu Tu-ul, timp, contact și chibzuință	„Când mă întâlnesc cu prietenul meu, e clar dinainte ce vom face: Mergem să mâncăm într-un restaurant bun. Mă distrează să încerc specialitățile restaurantului“ (pacientă în vârstă de 38 de ani, supraponderală, depresii; mijloace implicate: Tu, mijlocul simțurilor).	„În ultimul timp nu am mai mers deloc la restaurant. În schimb ne-am uitat la câteva filme interesante despre care am discutat apoi ore în șir. Am uneori sentimentul că partenerul meu e parcă un alt om. Și în plus, asta e ceva mai ieftin“ (tu, mijloc al intuiției și al rațiunii).
Contact, relația cu Noi-ul (grupul familial, grup extins), tradiție, contact în loc de precizie și perfecționism.	„Înainte cel mai mare preț îl puneam pe atenția acordată copiilor. Ne izolasem total din punct de vedere social. În cele din urmă nu mai aveam deloc prieteni, și soția mea a fost cuprinsă de atacuri de panică atunci când copiii au plecat de acasă; de aceea ea a început o psihoterapie.“ (angajat în vârstă de 53 de ani; mijloace implicate: Tu, limitat la familia restrânsă).	„Le-am invitat la noi în primul rând pe rudele noastre, pe care nu le mai văzuserăm de ani întregi. Când am observat că nici copiii noștri nu mai veneau pe la noi, i-am invitat și pe ei la diferite sărbători. Dar într-un fel încă ne simțeam cumva reținuți. Vara aceasta am mers pentru prima oară o bună perioadă de timp în concediu și am cunoscut oameni foarte drăguți, care acum ne-au invitat la ei.“
Hărnicie/ performanță, contact, timp, credință, rațiune, sexualitate, relația cu Tu-ul	„Înainte nu exista decât un singur lucru pentru mine, și anume munca. Până și soția și copiii mei ocupau abia locul al doilea“ (director de întreprindere în vârstă de 44 de ani, probleme intestinale; mijloace implicate: Noi, referitor la meserie, relație limitată cu Tu-ul).	„Mi-am dat acum seama că am mai mult timp decât voiam să cred inițial. Așa încât îmi găsesc acum timpul necesar să citesc o carte sau să fac ceva împreună cu familia mea. O perioadă sexualitatea a fost pentru mine ceva total neimportant; soția mea era destul de supărată din această cauză. Azi până și sexualitatea funcționează din nou“ (relație extinsă cu Tu-ul soției și al copiilor).

Conceptul de bază și extinderea obiectivelor: Conceptul de bază lasă în general să se recunoască favorizarea anumitor medii ale capacităților de cunoaștere și de iubire, în timp ce alte medii sunt reprezentate fals sau sunt considerate a fi de-a dreptul inimaginabile. Așa cum ascetul acceptă activitatea spirituală (rațiune și intuiție), reprimă însă mijloacele simțurilor. Invers, mijloacele rațiunii pot fi considerate atât de importante, încât să se renunțe la satisfacerea mijloacelor simțurilor, iar tradiția și fantezia să fie văzute ca fiind nonsensuri.

Într-un mod asemănător pot fi limitate și relațiile sociale la relația cu un anumit partener sau cu o gașcă în care individul se simte protejat. În principiu nu este nimic de obiectat împotriva unei specializări, căci noi suntem chiar dependenți de a crede cel puțin pentru o anumită perioadă de timp într-un singur lucru. Totuși, noi suntem ființe complexe. Dacă noi toți ne-am îndrepta energia către un singur domeniu

sau o singură dimensiune psihosocială, am fi predispuși într-o măsură extrem de mare la tulburări.

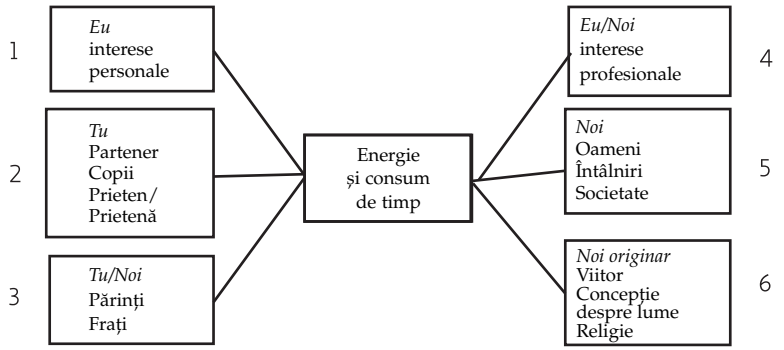
Planul de energie

Desigur, noi nu știm câtă energie are la dispoziție un individ. Uneori poți să simți că ai ajuns la capăt cu energia sau că îți poți mobiliza rezerve de energie neînchipuite. Vorbind aici despre un plan de energie, avem următoarea situație în fața ochilor: Doamna Ute S. se plânse: „Nu mai am nici un pic de putere. Cum să reușesc?“ În situația ei, avea dreptate să pună această întrebare: În acel moment chiar nu mai avea nici o rezervă disponibilă de energie. Descrierea orarului zilnic și dialogul legat de el arătă: Pacienta stătea seara întinsă pe canapea, de obicei mai mult de două ore, asculta muzică nostalgică sau se plimba neliniștită de colo colo și își făcea griji legate de tot ce făcuse greșit, de cât de fără ieșire e situația ei și cât de frumos ar fi dacă soțul ei ar avea o altă meserie și ar veni acasă la timp.

Neîndoielnic, în acest caz este vorba despre un consum de energie fără scop. Cu alte cuvinte: Pacienta ar avea suficient de mult timp și energie dacă ar fi în stare să transforme un consum de energie fără scop într-unul cu scop. Planul de energie poate introduce o astfel de transformare: Pacientul spune cât la sută din energia și timpul lui consumă în anumite domenii. Trebuie luate în considerare următoarele domenii:

Energia și timpul consumate pentru sine (îngrijire corporală, interese personale, sport, somn, lectură); pentru partener (dialog, critică, activități comune, tandrețe, sex–sexualitate–iubire, interese comune); pentru semenii săi (pentru profesie, contacte profesionale, socializare, relația cu rudele și cunoștințele, specializare etc.); pentru Noi-ul originar (gânduri legate de viitor, preocuparea cu conținuturile ideologice și religioase, cu sensul vieții etc.).

Diferitele segmente vor fi reprezentate în felul următor:

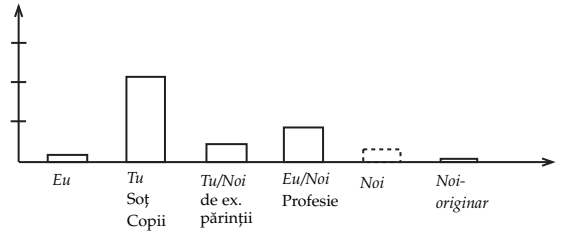


Planul de energie

Pacientul își evaluează angajamentul, consumul de energie și de timp față de aceste domenii. Întregul consum de energie echivalează cu 100%.

Doamna Ute S. își apreciază planul de energie astfel: „Aproape tot ce fac se referă la soțul sau la copiii mei. Strict instinctual, aș spune că 60 % din întregul consum de energie se îndreaptă către ei. Din punct de vedere profesional, nu mai am activitate decât în gospodărie. Asta îmi solicită circa 20% din energie. Trebuie să fiu acum mai aproape de mama mea decât înainte să moară tata; astfel se duce multă energie, cred că circa 10%. Am câteva prietene și cunoștințe, dar destul de puțin contact cu ele, deci circa 5%. Cu religia nu am nimic de-a face. Politica și perspectiva asupra lumii mă interesează destul de puțin (1%). Pentru mine rămân deci, lăsați-mă puțin să calculez, 4 procente. Cred că în mare cam așa e.“

Pentru că activitatea din gospodărie are de-a face în mare parte cu familia pacientei, această parte a procentajului poate fi inclusă în Tu, care astfel solicită 80% din întregul consum de energie estimat.



Consumul estimativ de energie al doamnei Ute S.

Nu era vorba deci de o lipsă de energie, adică o slăbiciune propriu-zisă, ci de o împărțire unilaterală a energiei. Semnificația împărțirii energiei i-a fost explicată pacientei prin următoarea imagine:

Negustorul deștept

Terapeutul: „Imaginați-vă un negustor de succes, care își investește întregul său capital, tot ce a câștigat de-a lungul anilor, într-un singur proiect. Atâta timp cât starea economică este bună, acest demers ascunde poate o șansă mai mare de câștig. Însă în momentul în care proiectul merge prost, el pierde tot. Dacă și-ar fi împărțit capitalul în domenii diferite de investiție, ar fi putut să iasă mai ușor din încurcătură cu ajutorul acestui capital."

Pacienta: „Întreaga mea viață a aparținut până acum soțului și copiilor mei și mie de fapt deloc. Și serios, când soțul meu întârzie, îmi sar toți fulgii (pacienta zâmbește)".

Această discuție indică deja un progres vizibil al pacientei; ea este acum în stare să ia poziție în mod diferențial față de problematica sa, și a început deja să includă în comportamentul ei concepte alternative.

Viitorul planificat

Relația cu viitorul, care constituie o parte esențială din extinderea obiectivelor, le provoacă dificultăți multor oameni. Conceptele viitorului se întind de la: „La ce bun să planific, oricum iese altceva" (student inhibat în vârstă de 19 ani) până la: „Voi lua în calcul tot ce mi se poate întâmpla. Trebuie pur și simplu să stăpânesc situația, altfel nu mă simt bine" (om de afaceri în vârstă de 43 de ani cu trăsături compulsive).

La începutul etapei de extindere a obiectivelor, doamna Ute S. a început să aducă în discuție felul de a-și împărți timpul, condiționat de pretenția punctualității: „Dacă nu îmi pot împărți nici măcar timpul de dimineața până seara așa cum trebuie și dacă mereu intervine ceva, atunci pot să renunț la toată chestiunea aceasta cu planificarea."

Pacienta nu numai că a adus în discuție relația ei foarte bine structurată cu „punctualitatea", dar a inclus dincolo de această relație și raportul ei cu viitorul: „Care mai este atunci sensul vieții dacă toate se întâmplă altfel decât ți-ai imaginat."

Pacienta a fost întrebată în legătură cu relația dintre un viitor controlabil și unul incontrolabil, și aceasta pe fundalul unei apărări perfecționiste față de o angoasă a pacientei. S-a dezvoltat următorul dialog:

Terapeutul: „Ceea ce ați trăit înainte constituie o realitate biografică pentru dumneavoastră (trecut). Ceea ce faceți și trăiți acum se află direct în fața dumneavoastră și puteți controla (prezent). Numai cu viitorul, cu ceea ce se întâmplă în următorul moment sau în următorii douăzeci de ani, este diferit."

Pacienta: „Da, cred că despre asta e vorba."

Terapeutul: „Să încercăm să reflectăm asupra acestor lucruri printr-un exemplu simplu. Să presupunem că vreți să mergeți cu mașina de la Wiesbaden la Frankfurt. Vreți să mergeți la Frankfurt la o conferință. Știți ce vă așteaptă și de ce aveți nevoie. Luați actele mașinii cu dumneavoastră, pix pentru conferință, pentru că experiența vă spune că merită să notați unele lucruri. Verificați câtă benzină aveți în rezervor și vă gândiți dacă benzina ajunge pentru dus-întors. Faceți tot ce face un șofer bun înainte să se pună la drum. Vă luați și bani la dumneavoastră, pentru orice eventualitate. Dacă trebuie să fiți în Frankfurt la ora 20, veți pleca la timpul potrivit. Deși ați făcut toate lucrurile omenește posibil, se poate totuși întâmpla să intervină ceva la care nu v-ați gândit."

P.: „Roata se poate sparge, pot să intru într-un blocaj rutier, se poate întâmpla și un accident, și chiar dacă toate au mers bine până atunci, în fața sălii de conferințe se poate afla o plăcuță pe care să scrie: Conferința a fost anulată din cauza îmbolnăvirii referentului. Și tocmai asta urăsc atât de mult."

T.: „Deși toate acestea se pot întâmpla și toate planurile dumneavoastră pot fi date peste cap, ați renunța la a face plinul de benzină sau la a lua actele mașinii cu dumneavoastră?"

P.: „De fapt nu. Atunci planul meu ar fi și mai tare dat peste cap. Și aș rămâne și cu mașina în pană de benzină pe autostradă."

T.: „Cam așa se întâmplă și cu viitorul. O parte din el o puteți planifica destul de bine datorită experiențelor dumneavoastră anterioare și a situației în care vă aflați momentan. Și aceasta este de asemenea important. Numai așa puteți să mențineți pe cât de mici posibil pericolele și tulburările ce pot fi evitate. Apoi există însă și o altă parte a viitorului, pe care nu o puteți controla din prezent. Trebuie să lăsați să vi se întâmple acea parte. Nu puteți planifica ceea ce va spune referentul. Acest lucru trebuie să i-l lăsați lui. Nu știți nici dacă veți fi poate abordată de alți participanți și cum veți răspunde întrebărilor lor. Veți afla aceste lucruri atunci când veți fi pusă în acea situație. Ce experiențe acumulați astfel nu mai reprezintă viitorul, ci deja trecutul, pe care îl puteți angrena din nou pentru noi situații."

P.: „Știți, mereu m-am gândit că dacă planific ceva foarte precis, atunci totul trebuie să funcționeze. Atunci când intervenea ceva și de exemplu trebuia să aștept mult timp, era îngrozitor pentru mine. Dar dacă stau să mă gândesc mai bine, tocmai viitorul neplanificat este cel cu adevărat interesant…"

Relațiile dintre oameni sunt marcate de o mulțime de asemenea momente de viitor neplanificat. Nu știm cum reacționează partenerul nos-

tru, avem însă anumite așteptări formate în trecut. Cu cât cunoaștem mai puțin un om, cu atât mai mare este riscul viitorului neplanificat, un motiv suficient pentru mulți de a renunța la orice fel de contact cu alte persoane în afară de partenerul de încredere. Reprezentarea subiectivă legată de viitor nu este abstractă, ci ea depinde de conținuturi concrete. În cazul doamnei S., a cărei speranță într-un un viitor mai bun părea să fie distrusă, acest lucru era, în primul rând, punctualitatea.

Planul zilnic

Împărțirea timpului influențează direct o serie de domenii de conflict. De ce sunt eu mereu nepunctual? De ce mă termină să îl aștept pe partenerul meu? De ce mă ocup prea puțin de mine sau de familia mea? în acest context: De ce am dificultăți cu copiii mei? De ce se simte soția mea neglijată? Așa cum valoarea lui Este descrie în general scheme destul de experimentate de rezolvare a problemelor, planul zilnic descriptiv reflectă modelele de comportament în ceea ce privește timpul.

Pot fi deosebite trei tipuri de împărțire a timpului: în cazul tipului orientat secundar: timpul suprastructurat, în care aproape fiecare minut este umplut cu sarcini și obligații; tipul naiv-primar: timpul nestructurat, mort, și timpul cu care nu se poate face nimic; timpul nestructurat este descris în trăirile pacienților depresivi drept o masă diformă, încărcată de neplăcere, apăsătoare, în care se îngrămădesc obligațiile, poverile și evenimentele neplăcute. Tipul legăturii duble prezintă o alternanță de supra- și substructurare a împărțirii timpului său. O dată trăiește ziua la maxim, altă dată se supraîncarcă total cu termene și sarcini.

O reprezentare descriptivă a orarului zilnic reflectă valorile lui Este. Valorilor lui Trebuie le corespunde următorul plan temporal: nu lași în seama întâmplării sau sarcinilor venite din afară ceea ce dorești să faci în cursul unei zilei sau al unei săptămâni, ci îți stabilești singur sarcinile și îți împarți singur timpul.

Pentru fiecare punct în parte al planului zilnic sunt construite programe alternative. Și controlul planului zilnic se desfășoară într-un fel de autocontrol. Compari ceea ce voiai să faci și să obții cu ceea ce puteai să faci și să obții. Acest cuplaj permite a corectură a planului, respectiv a corectură a comportamentului. Dificultățile care nu pot fi rezolvate în cadrul acestui cuplaj sunt incluse în situația psihoterapeutică și discutate pe larg cu psihoterapeutul.

Planul descris în continuare, conceput de doamna S., este rezultatul unui asemenea demers. Se pot vedea indicii clare legate de aspecte

ale planului privind extinderea obiectivelor, aspecte care ajung și până la domeniul simptomatologiei inițiale.

Planul zilnic al doamnei Ute S., alcătuit înaintea celei de-a 18-a ședințe

6.30	Mă trezesc
6.40–6. 45	Toaletă, duș, mă spăl pe dinți
6.45–7.00	Training intermediar sau gimnastică cu muzică, mă îmbrac
7.00–7.30	Pregătesc micul dejun, iau micul dejun împreună cu soțul; discut cu el pe larg ziua care urmează
7.30	Soțul meu pleacă la serviciu
7.35–8.45	Pregătesc copiii, discuții cu ei legate de ce au de făcut în ziua respectivă; Nicole trebuie să ajungă la școală la 8.45
8.45–9.15	Spăl, aranjez paturile
9.15–11.00	Merg la cumpărături, Martin (cel mai mic) mă însoțește
11.00–13.15	Gospodărie, pregătirea mesei
13.15–13.45	Nicole vine de la școală, mâncăm
13.45–14.00	Spăl vasele (copiii mă ajută)
14.00–15.00	Am introdus o oră de odihnă pentru mine. Dacă nu pot dormi, citesc un ziar sau o carte
15.00–16.30	Calc, spăl, ce mai e de făcut prin casă
16.30–17.15	Pregătesc cina
17.15–17.30	Controlez temele
17.30–18.00	Mâncăm de seară (atunci când soțul meu întârzie, găsește mâncarea în cuptor)
18.00–20.00	Curs de engleză. Doresc să îmi împrospătez cunoștințele. O cunoștință mă ia de acasă. Nicole are grijă de ea și de Martin dacă soțul meu nu s-a întors încă
20.00–21.00	Bag copiii în pat. Vorbesc cu ei despre problemele pe care le au
21.00–22.30	Aici sunt mai multe posibilități: stau cu soțul meu, vorbim, ne plimbăm, ne uităm la televizor, citesc în continuare
în jur de 22.30	Mă duc la culcare

Observație: Mâine, sâmbătă, este planificată o ieșire la teatru împreună cu un alt cuplu de prieteni căsătoriți. De această dată soacra mea are grijă de copii.

Precum planul zilnic, poate fi construit și planul săptămânal; el este în general structurat mai generos decât planul zilnic și prevede pentru fiecare zi în parte sarcinile și domeniile de activitate de care trebuie să ne ocupăm, respectiv pe care noi înșine vrem să le îndeplinim. În principiu, planul zilnic și cel săptămânal serveau la a lua în considerare temporal și acele domenii neglijate până atunci, precum și la sincronizarea cât mai optimă realității cu propriile nevoi.

Extinderea obiectivelor în domeniul contactului

În cultura vestică, extinderea obiectivelor semnifică în mare parte o extindere a obiectivelor în domeniul „contactului". În timp ce în Orient familia, în special familia extinsă formează grupul de referință și își însoțește membrii la bine și la rău, europeanul se desprinde mult mai ușor de familia sa, fără a-i găsi în general un grup funcțional cu care să o înlocuiască. Conform acestui lucru, sunt întâlnite următoarele forme de reacție: formarea unei găști (evadare în grup) și renunțarea la contactele sociale (evadare în singurătate).

Renunțarea la contact nu este, desigur, una totală. Întotdeauna se găsesc resturi ale relațiilor sociale, care se dovedesc a fi foarte constante, precum de exemplu relația în doi. Autolimitarea socială nu este o nevoie primară. În spatele ascezei față de contact se ascunde o nevoie semnificativă, nepotolită de recunoaștere socială, relații interpersonale și un contact satisfăcător în cadrul grupurilor centrate pe persoane, și mai puțin pe performanțe.

În timp ce deci în Orient extinderea obiectivelor se îndreaptă mai degrabă către construirea unei relații a pacientului cu sine însuși și dezvoltarea de interese și activități care să se desfășoare în afara grupului, în Occident procesul se desfășoară aproape invers. Extinderea obiectivelor semnifică aici de cele mai multe ori construirea de contacte sociale, formarea de grupuri centrate pe persoane, în care un membru să fie acceptat nu doar datorită performanțelor sale, orientarea spre sociabilitate și îndreptarea intereselor și a activităților către un grup. Se renunță mai puțin la relațiile sociale pentru că oamenii sunt convinși de importanța meditațiilor în singurătate, ci pentru că ei se tem că implicarea socială atrage după sine anumite obligații. În acest sens, diferitele capacități actuale sunt legate de contact: „Contact" și „Chibzuință" (musafirii costă prea mult); „Contact", „Ordine" și „Curățenie" (musafirii îmi strică ordinea); „Contact" și „Punctualitate" (oricum nu are nici un sens să mergem undeva. Dacă întârzii puțin, se uită toți la tine plini de reproș); „Contact" și „Performanță" (nu îi putem invita pe ei la noi, sunt obișnuiți cu mai mult lux).

Așa se restrâng relațiile interumane; și consecința e izolarea, singurătatea și inhibarea contactului. În acest context, nu doar relația cu contactul trebuie extinsă, ci împreună cu ea și relația cu celelalte capacități actuale legate de contact.

Consiliu de familie — Ședința părinților — Grup partenerial

Consiliul de familie: Forma de bază și în același timp modelul pentru toate celelalte grupuri sociale este așa-numitul grup primar, în cele mai multe cazuri familia. Ea include tatăl, mama, copiii și celelalte persoane aflate în strânsă legătură cu această comunitate.

Familia este locul unde se formează primele experiențe sociale fundamentale. Membrii familiei au interese comune și în general există relații și interacțiuni între ei. Fiecare membru adoptă un anumit rol și se află în fața cerinței de a echilibra propriile interese cu cele ale grupului, adică să deosebească și să poată face compromisuri reciproce.

Capacitatea funcțională a grupului depinde în mod esențial de posibilitățile de comunicare existente între membrii lui. Dacă această comunicare este tulburată, grupul nu poate funcționa ca sistem dinamic și deschis. În locul dinamismului și al flexibilității apar modele de comportament rigide („Trebuie să te supui atâta timp cât locuiești aici"), o distribuire fixă a rolurilor („Eu sunt stăpânul în casă") și îngrădiri ale obiectivelor („Fiecare din noi are propriile sale interese"). Invers, o familie funcțională oferă o dezvoltare pe mai multe planuri. Poate fi cu adevărat observat că relațiile conflictuale cu părinții sau cu frații sunt o trăsătură aproape tipică în majoritatea tulburărilor.

Interesele, dorințele și problemele unui membru al familiei, manifestate în contextul extinderii obiectivelor, se referă la un domeniu social mai extins decât la o situație individuală sau la o relație dintre numai două persoane. Implicarea întregii familii poate fi reușită prin intermediul consiliului de familie.

Cum lucrează un consiliu de familie? Toți membrii familiei se întâlnesc regulat la ora stabilită. Aceasta se poate întâmpla o dată pe săptămână. Pot fi însă stabilite însă și ședințe cu anumite ocazii foarte deosebite. Dacă unul din participanți nu poate lua parte la întâlnire din motive imprevizibile, ceilalți membri ai grupului trebuie înștiințați din timp și stabilită împreună o nouă dată. O ședință de consiliu de familie durează între 45 și 60 de minute. Uneori apare de la sine posibilitatea reunirii unui consiliu de familie, de exemplu după masă, când toți membrii familiei se află încă împreună. Expresia consiliu de familie sau conferință de familie nici nu trebuie să fie pronunțată. Propunerea informală către un dialog (Ce părere aveți dacă am discuta acum un pic despre…) duce adesea la consilii de familie foarte creative și dinamice.

Egalitatea membrilor familiei. Fiecare membru este acceptat ca partener egal. Părinții nu au nevoie de nici o pregătire academică sau deosebită în realizarea unui consiliu de familie. Deși copiii nu înțeleg chiar cuvânt cu cuvânt despre ce discută ceilalți membri ai familiei, ei observă ceea ce se întâmplă, cum vorbesc unii cu ceilalți și ce posibilități se află la îndemână pentru a rezolva o problemă. Copilul își vede familia colaborând, și nu doar la masă, la plimbare sau la televizor.

Asistentul de grup. Pentru că într-un consiliu familial, precum și în alte forme de grupuri, se cam poate încinge atmosfera, trebuie ales un asistent al grupului care să fie atent ca fiecare membru să își spună punctul de vedere și ca nici unul, nici chiar capul familiei, să nu dețină monopolul discuției. În fiecare săptămână este stabilit pe rând un asistent de grup. Rândul acestora este fixat în scris.

Caietul de grup. Fiecare membru notează în propriul său caiet temele pe care dorește să le aducă în discuție, precum și hotărârile și concluziile grupului. Membrii grupului trebuie să își noteze problemele; dacă un copil nu poate face încă acest lucru, el își poate desena și apoi explica problemele. Caietul îi ajută pe membrii grupului să învețe mai bine ce înseamnă punctualitatea, ordinea, curățenia și precizia și să dobândească în același timp o atitudine diferențială față de lucrurile ce țin de viața de zi cu zi. *Nu vor fi făcute critici decât în consiliul de familie. Până atunci, observațiile vor fi notate în caietul de grup.*

Demersul unui consiliu familial. Consiliul familial se întâlnește la ora stabilită și se așază, dacă acest lucru este posibil, în cerc în jurul unei mese. Trebuie avut aici în vedere ca membrii grupului să nu stea prea departe unii de ceilalți. Televizorul, radioul și alte surse deranjante vor fi oprite. Se așteaptă până ce se adună toți participanții. Asistenul de grup întreabă: „Cine dorește să spună ceva astăzi? Cine are o problemă deosebită?“ Problemele exprimate sunt cumulate și discutate pe larg una după cealaltă. Asistentul de grup îi întreabă pe toți membrii ce părere au în legătură cu acele probleme. S-au păstrat aici următoarele întrebări: Care este problema? Care sunt cauzele, fundalul, obiectivele și interesele aflate în spatele problemei? Ce posibilități de rezolvare există?

Tema cu cea mai mare importanță în ședința de familie devine motoul săptămânii. Astfel, există „săptămâna politeții“, „săptămâna ordinii“, „săptămâna sincerității“, „săptămâna punctualității“ etc.

Notițele. Spre deosebire de etapele observării, inventarierii, încurajării și verbalizării, în care interacțiunile se refereau la relația dintre două persoane, de exemplu ordinea copilului, răbdarea mamei, în consiliul de familie motoul săptămânii este valabil pentru toți membrii grupului. Pentru a-l păstra mai bine în memorie și pentru a intensifica procesul de învățare, toți membrii grupului primesc un bilețel, pe care este scris motoul săptămânii: Săptămâna politeții (notițele).

Părinții consimt să își asume sarcina de a se informa în legătură cu povestea, teoria și practica respectivei teme. Confruntarea cu circumstanțele și cauzele problemelor poate duce nu doar la tratarea lor punctuală, ci și la tematizarea legăturilor existente, precum capacitatea corespunzătoare, putând fi prezentate în următoarea săptămână ca probleme suplimentare. Abia prin tematizarea actuală din cadrul consiliului de familie există posibilitatea de a prelucra o capacitate actuală sau un domeniu de comportament problematic.

Se poate vorbi de exemplu despre răbdare, timp și capacitățile corespunzătoare lor atunci când un copil se plânge că părinții au prea puțină răbdare cu el sau că îi acordă prea puțin timp.

Împărțirea funcțiilor și schimbul de roluri. Împărțirea funcțiilor poate fi considerată un principiu fundamental în consiliile de familie. Numai când un partener poate lua parte la problemele celorlalți îi va di posibil să le înțeleagă mai bine pe acestea. Împărțirea rigidă a rolurilor în familie îi împiedică adesea pe părinți să înțeleagă problemele copiilor, și invers. Schimbul de roluri este cea mai directă metodă de a forma o structură dinamică a familiei. Un membru al grupului preia pentru o perioadă limitată de timp acele sarcini și caracteristici de rol care până atunci îi erau destinate unui alt membru al grupului. Astfel, tatăl preia activitățile gospodărești, mama sarcinile de planificare, pe care în mod curent le are „capul familiei“, copiii preiau la rândul lor sarcinile și funcțiile aflate până atunci în domeniul de responsabilitate al părinților, de exemplu gospodărie, planificare și consiliere.

Raport despre a douăsprezecea ședință de familie. Vineri seara la ora 18 ne-am strâns toți: soțul meu, ambii copii și cu mine. Fiica mea a luat prima cuvântul. Voia să mergem cu toții la înot. Fiul meu a fost imediat entuziasmat și eu la fel. Numai soțul meu a fost împotrivă, spunând că nu are timp. I-am spus că m-aș bucura foarte mult dacă ar veni și el cu noi, dar el mi-a replicat că nu îl înțelegem, că ne-am aliat cu toții împotriva lui. Atunci fiica mea a spus ceva ce mi-a mers efectiv la inimă: „Tati, eu nu înțeleg asta. Vreau să fac ceva cu voi toți, tocmai pentru că îmi sunteți atât de dragi. Cum poți tu atunci să spui că suntem împotriva ta. Pe mama o văd toată ziua, dar pe tine deloc.“ Soțul meu a fost un pic șocat. S-a străduit însă să ne explice de ce nu poate să meargă duminică dimineața cu noi la înot și a sugerat să mergem duminică după-amiază. Am fost cu toții de acord. Ca să nu am prea multă treabă cu gătitul duminică dimineață, le-am sugerat ca toți trei să mă ajute în bucătărie. Deși fiica mea a făcut o față lungă și i s-a părut teribil de stupid, dar dat fiind că tati ieșea cu noi toți, s-a declarat gata să ajute și ea…

Semnificația consiliului de familie. În consiliul de familie nu sunt discutate numai problemele apărute, ci sunt planificate și activitățile comune viitoare: excursii la sfârșit de săptămână, cumpărături, călătorii, invitarea musafirilor, petreceri, cadouri. Așa învață fiecare membru al familiei să colaboreze în mod activ în cadrul familiei, devenind conștient de faptul că familia nu reprezintă o construcție formală sau locul de manifestare a problemelor, ci că în interiorul grupului familial pot fi influențate deciziile.

Lucrul în echipă are încă o consecință asupra dinamicii grupului. În familie, care funcționează într-o anumită măsură în mod nereflectat, adică fără control conștient, se ajunge de cele mai multe ori la o distribuire inconștientă de rolurilor, la antipatii și la favorizări deosebite: de exemplu legătura mamă–fiu sau conflictul tată–fiu. Pentru că un consiliu familial funcționează simultan, adică toți membrii grupului sunt prezenți în același timp și iau parte în mod activ la consiliu, sunt stimulate în mod multilateral transferurile și implicările emoționale, cu ajutorul cărora pot fi mai bine controlate astfel de legături și conflicte.

Rezumat: Gândurile, perspectivele și deciziile rezultate dintr-un astfel de grup nu constituie proprietatea fiecăruia dintre membri, ci rezultatul muncii în echipă.

Așa cum gustul final al unei mâncăruri nu poate fi dedus dintr-o singură legumă sau alta, nici atitudinile, conduitele sau deciziile unui grup nu pot fi reduse exclusiv la contribuția unuia sau altuia dintre membrii săi, ci numai la munca întregului grup.

Ședința părinților

Problemele părinților îi pot afecta pe copii, mediul restrâns sau extins, pot fi probleme personale ale fiecăreia dintre părți sau se pot referi strict la relația dintre cei doi părinți. Astfel de probleme nu trebuie să fie discutate în fața copiilor, decât în cazul în care ele vor fi abordate direct în cadrul unui consiliu de familie. În ceea ce privește problemele referitoare la copii, părinții ar trebui să se pună de acord, cel puțin în principiu, înaintea consiliului de familie. Altfel, pentru a rezolva la timp conflictele apărute și pentru a nu implica și copiii în mod inutil într-un câmp conflictual, părinții se pot gândi la alternativa unei discuții purtate la o anumită oră dinainte stabilită, de exemplu seara.

O astfel de ședință a părinților nu ar trebui să dureze mai mult de 15 până la 30 de minute. Este mai bine să se discute în fiecare seară câte 15 minute, decât o dată pe lună trei ore până la miezul nopții. Ca mijloc ajutător pentru ședința părinților poate fi folosit și inventarul analitico-diferențial. Ședința părinților se sprijină în structura și tehnica sa pe grupul partenerial.

Rezumat: *Sugestii pentru ședința părinților*. Bună nu e acea căsătorie în care nu există nici o problemă sau nici un conflict, ci aceea în care există disponibilitatea de a vorbi în mod deschis, sincer și obiectiv despre probleme, încercându-se rezolvarea lor. Căsătoria nu este o instituție de asigurări. Ea este mai degrabă un act de echilibrare între iubire și dreptate.

Cuplurile căsătorite pot învăța să discute împreună despre probleme din cele mai diferite domenii ale vieții (precum educația copiilor, probleme profesionale, planuri și sarcini de anvergură mai mare, probleme sexuale, conflicte cu socrii și cu cunoștințele). Nu există persoană care, deși dispusă, să nu își găsească timp pentru astfel de conversații.

Dacă există sentimentul de a nu reuși singur în rezolvarea problemelor matrimoniale, se recomandă consultarea unui specialist.

Divorțul este o chestiune de responsabilitate: față de partener, față de propria persoană, față de copii.

Grupul partenerial

Conflictele au tendința de a se înmulți precum ciupercile otrăvitoare și de a pătrunde în domenii cu care inițial nu aveau deloc de-a face. Grupul partenerial poate combate această tendință. Conflictele vor fi tratate, cu o limitare în spațiu și timp, între cei doi parteneri implicați. Procedura grupului partenerial corespunde, în trăsăturile ei de bază, metodologiei prezentate deja în cazul ședinței de familie. Ea își pune membrii în fața unei sarcini cu siguranță dificile, care unora li se va părea ca și cum ar încerca să sară continuu peste propria lor umbră. Până la urmă nu este ușor să discuți dintr-o dată cu un partener pe care până atunci l-ai pedepsit prin tăcere, și nici să te distanțezi de modul de comportament obișnuit. O asemenea schimbare aduce cu sine suficient de des o pierdere de statut: trebuie să accepți drept partener o persoană despre care ai impresia că o domini. Astfel începe să se clatine distribuirea de roluri în cadrul relației de cuplu. Pentru a combate aceste dificultăți, se oferă etapele de autoajutor: observare/distanțare, inventariere, încurajare situațională, verbalizare și extinderea obiectivelor. În continuare, schimbul de roluri între parteneri face adesea minuni.

Schimbul de roluri. Susține înțelegerea reciprocă și capacitatea de empatizare. Tehnica este simplă. Un partener preia pentru o săptămână câteva din activitățile sarcinilor de rol ale celuilalt: partenerul mascu-

lin merge la cumpărături, partenerul feminin invită musafirii. Și în domeniul sexual inițiativa este luată pe rând de fiecare dintre parteneri. Femeia învață să nu fie numai partea pasivă, care primește, iar bărbatul învață să se distanțeze de performanța sexuală și de obsesia de a poseda. Felul în care se va desfășura acest schimb de roluri e discutat dinainte în cadrul grupului partenerial. Aceasta nu înseamnă pierderea spontaneității și a romantismului, ci încercarea adesea aventuroasă de a experimenta noi domenii de comportament și forme ale relației de cuplu.

De ținut minte: Conflictele notate pe hârtie pot fi discutate mult mai obiectiv cu partenerul; astfel devine posibilă o relație mai realistă.

Memoria pare a fi mai slabă în cazul lucrurilor pozitive decât în cel al evenimentelor. De aceea există aici posibilitatea folosirii unei notițe, despre care am vorbit deja în cazul consiliului de familie. Adesea numai gestul de a folosi notițe legate de „politețe“ împiedică jignirea sau rănirea partenerului; notița pentru „ordine“ amintește că supărarea poate fi evitată printr-un comportament mai îngrijit.

În grupul partenerial (și în celelalte forme de grupuri de autoajutor), nu sunt exprimate numai angoasele și agresivitatea. Mai degrabă, în aceste grupuri este vorba de a recunoaște lipsa deosebirilor cu privire la capacitățile actuale aflată în spatele angoaselor, agresivității și sentimentelor de culpabilitate. Membrul grupului este pus în situația de a-și înțelege ceilalți parteneri, de a evalua conflictele în funcție de semnificația lor situațională și de a integra în mod corespunzător capacitățile actuale încărcate conflictual.

Întrebări pe care fiecare partener ar trebui să și le pună într-o situație de cuplu conflictuală: Poate fi schimbată problema? Vreau eu cu adevărat să schimb problema? Poate corespunde partenerul meu așteptărilor mele? Își dorește el o rezolvare a problemei? Am încercat deja să rezolv în vreun fel problema? Văd eu situația în care ne aflăm sincer și deschis? Îmi exprim sincer punctul de vedere? Sunt pregătit să îmi ascult și partenerul? Sunt eu cu adevărat pregătit să îi acord timp partenerului meu sau mă aștept ca schimbarea să se producă dintr-un moment într-altul? Dacă nu reușim să ne rezolvăm singuri problemele, nu am dori să consultăm un specialist? Mă aștept eu ca celălalt să se schimbe și sunt eu însumi pregătit pentru această schimbare? Îmi acord mie și partenerului meu încă o șansă; îi sunt devotat partenerului meu și în timpul unui conflict mare?

Rezumat: Sugestii pentru grupul partenerial. Fiecare om posedă în esența lui capacitatea de a avea relații. Însă nu orice om poate menține o relație fără a fi pregătit.

Trebuie deosebit în mod fundamental între sex–sexualitate și iubire, care în viața oricărui om reprezintă o unitate.

Educația și pregătirea în vederea unei relații încep din copilăria mică.

Trebuie să ne ferim a transfera asupra altora propriile noastre reprezentări legate de relația de cuplu sau de divorț. Așa cum fiecare om este unic, tot la fel posedă și fiecare relație unicitatea ei. Nu puține relații sunt distruse tocmai din cauza amestecului bine intenționat al prietenilor și rudelor.

Despărțirea oferă o șansă. Ea garantează experiențe noi de învățare. Putem folosi aceste experiențe în cazul în care ne împăcăm apoi cu partenerul sau și față de un partener nou.

Aspecte terapeutice ale extinderii obiectivelor

Extinderea obiectivelor în legătură cu verbalizarea constituie, în calitatea ei de ultimă treaptă a terapiei, în special detașarea de relația psihoterapeutică. Tema detașării este însă abia în al doilea rând „ocazie de doliu“, resimțită la nivelul despărțirii dintre terapeut și pacient. Chiar dacă acest aspect necesită o atenție deosebită în cazul anumitor forme de boală (reacție anormală de doliu, depresie), activitatea terapeutică este preocupată în această treaptă mai mult de întrebarea *încotro* se detașează pacientul. Aceasta este o deosebire importantă. Detașarea nu este privită neapărat ca fiind dureroasă și vătămătoare, ea reprezintă mai degrabă o șansă terapeutică care decide în cele din urmă dacă a fost atins sau nu un succes terapeutic. Pacientul nu este privit ca ființă rămasă la stadiul de neputință infantilă dacă terapeutul își ia mâna protectoare de pe el. Acest lucru s-ar fi putut întâmpla poate în etapele anterioare, în care prevala din partea pacientului nevoia de atașament. De acum înainte în plim-plan se află stadiul detașării, care a fost acutizat deja cu fiecare dintre ședințe. Obiectivele sunt deci stabilite corespunzător acestei trepte.

Pacientul câștigă capacitatea de a dezvolta singur acitivități și de a se bucura de ele. Este vorba aici despre acele capacități care au fost restricționate în calitatea lor de consecințe ale tulburărilor. Pacientul nu este menținut de-a lungul întregii terapii într-o dependență cvasiinfantilă, ci pregătit treptat încă din primele stadii ale terapiei în vederea detașării sale. El este orice altceva decât neajutorat. Față de partenerii săi și față de sine însuși, el poate adopta în multe privințe un rol asemănător cu cel al terapeutului, desigur nu numai din prisma identificării cu imaginea paternă a terapeutului, ci și datorită faptului că el dispune acum de modele de rezolvare a conflictelor.

Pacientul poate părăsi astfel, „mai bine echipat“, domeniul terapeutic, orientându-și atenția asupra procesului de autoajutorare. Prin urmare, terapeutului, care în stadiile atașamentului și al diferențierii servea drept un fel de substitut al părinților, îi revine din ce în ce mai mult rolul unui partener suportiv.

Extinderea obiectivelor se orientează către restricțiile nevrotice ale câmpului de valori, către tulburările plurinivelare ale relațiilor interumane, concentrate de cele mai multe ori numai în puține domenii ale capacităților, către îngrădirea obiectivelor și către blocarea spontaneității. Ceea ce contează este extinderea câmpului de perspective al pacientului. Pacientul învață să își restructureze viața și să ia în considerare obiective pe care le urmărise înainte de limitarea nevrotică și care au fost apoi împinse în fundal. Este acordată o atenție deosebită inițiativei personale a pacientului. Pacientul învață, absolut în sensul detașării, să acționeze pe cont propriu și să își modeleze singur dezvoltarea. Mijloacele potrivite sunt consiliul de familie, ședința părinților, grupul partenerial, precum și tehnicile schimbului de rol.

Obiectivele urmărite vor fi împărțite în microobiective (planificarea viitorului apropiat) și macroobiective (planificare îndreptată către un viitor mai îndepărtat); aici se vor acutiza întrebările precum cele privitoare la sensul activităților, la sensul vieții etc. Pacientul își extinde conceptul de libertate printre altele și prin faptul că folosește experimental conceptele de libertate ale celorlalți drept model. (Ce faceți dumneavoastră la sfârșit de săptămână?) El își poate și limita conceptul de contact, intensificând de exemplu relația cu un partener (Tu) și/sau învățând să lege relații cu instituțiile legate de „Noi“, precum comunități de petrecere a timpului liber și sportive, asociații, partide, comunități religioase etc.

Autoajutorul în etapa extinderii obiectivelor

Conflictele interumane sunt caracterizare de îngrădiri ale obiectivelor (te retragi, reacționezi unilateral).

În îngrădirea obiectivelor, anumite capacități actuale devin arme (vezi numai dezordinea, nepunctualitatea etc.).

Extindeți-vă obiectivele în domeniul capacităților actuale (ce capacități actuale ați vitregit până acum?), în domeniul mediatorilor capacității de cunoaștere (ce mediator al capacității de cunoaștere a fost nedreptățit până acum?) și în domneiul capacității de iubire (ce relații ați neglijat până acum?). Încercați să depășiți în extinderea obiectivelor aspectele unilaterale, integrând părți noi și căutând obiective pentru dumneavoastră și pentru partenerul dumneavoastră.

Organizați un consiliu de familie, o ședință pentru părinți sau un grup partenerial, care să mijlocească o confruntare sistematică cu dorințele și obiectivele celorlalți membri ai familiei.

Ce faceți dacă partenerul dumneavoastră nu colaborează? Amintiți-vă de faptul că aveți propriile dumneavoastră interese. Nu trăiți numai pentru ceilalți, ci și pentru sine. Adesea partenerul are nevoie la rândul său de un anumit timp până să poată accepta modelul dumneavoastră. Întrebați: De ce nu dorește partenerul meu să colaboreze? Aici pot fi întâlnite uneori indicii către neînțelegeri, care sunt puțin de natură principială, de exemplu: „Partenerul meu nu vrea să colaboreze pentru că se simte luat prin surprindere?“ Din acest motiv, trebuie să planificați din timp, și clarificați obiectivele atât față de sine însuși, cât și față de partener.

Ce faceți atunci când un punct programatic al extinderii obiectivelor nu poate fi realizat? Vă puteți retrage dezamăgit și interpreta dificultățile apărute ca eșec personal. Sau puteți încerca să folosiți timpul devenit astfel liber într-un alt mod, de exemplu pentru interesele cărora le-ați acordat prea puțin spațiu până atunci. (Musafirii invitați nu au venit. În loc să rămâneți în casă, ieșiți singur sau cu partenerul la plimbare etc.)

Nu puteți aștepta până când obiectivele dumneavoastră se extind de la sine. Dumneavoastră trebuie să faceți primul pas.

Capacități actuale și medii implicate: Încredere, speranță, credință, dubiu și unitate, mediile capacității de cunoaștere (simțuri, rațiune, tradiție și intuiție), mediile capacității de iubire (relația cu Eul, cu Tu-ul, cu Noi-ul și cu Noi-ul originar).

Neînțelegeri implicate: scop educațional — conținut educațional, sănătate — boală, soartă predeterminată — soartă condiționată, animal — om, dimeniunea timpului.

Mituri implicate: „Negustorul deștept“ (p. 336), „O poveste pe drum“ (p. 193), „Umbre pe cadranul solar“ (p. 51).

Epicriză — demers terapeutic — catamneză

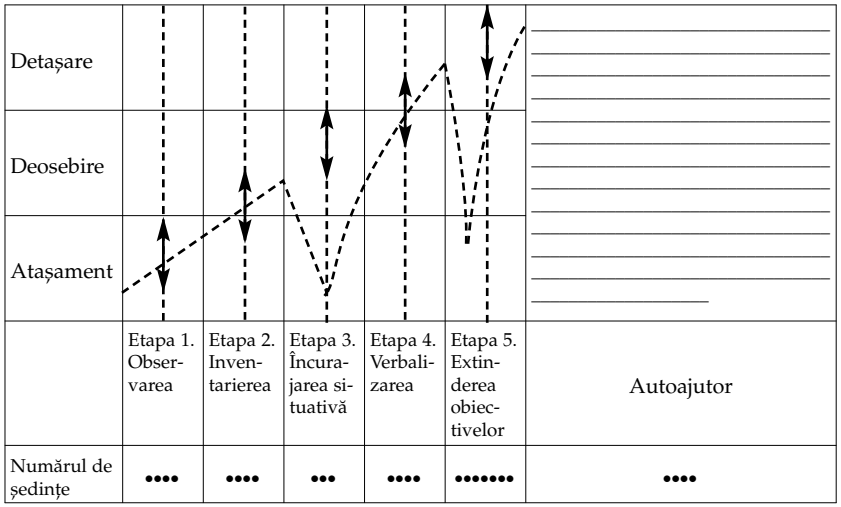
După 22 de ședințe în decursul a șapte luni în sensul strategiei terapeutice prezentate, pacientei dna S. i-au dispărut complet durerile. Din cercetarea ulterioară a analizelor nu a reieșit nici un rezultat legat de boală. Cu soțul au fost efectuate ca mijloc terapeutic flancat în aproximativ aceeași perioadă nouă ședințe de terapie. Soțul a venit de trei ori singur, de șase ori cu soția sa. Pacienta a mai venit după terminarea terapiei în total de patru ori în decursul unui an. La doi ani după terminarea terapiei a fost efectuată prima examinare de control pentru

epicriză, iar a doua peste încă doi ani. Cu excepția primului interviu, care a durat circa 100 de minute, ședințele au durat în medie între 50 și 60 de minute. Numărul de ședințe necesare parcurgerii fiecărei trepte a fost:

Etapa observării/ distanțării: 4 ședințe
Etapa inventarierii: 4 ședințe
Etapa încurajării situaționale: 3 ședințe
Etapa verbalizării: 4 ședințe
Etapa extinderii obiectivelor: 7 ședințe.

După terminarea terapiei au fost efectuate ședințe de control în intervale de timp din ce în ce mai mari (lunar, la trei luni și în cele din urmă anual).

Această confruntare lasă să se recunoască punctele tari existente în demersul terapeutic. A fost evidentă dezvoltarea aproape continuă de la *atașament* la *detașare*. În etapa încurajării situaționale, pacienta a avut inițial greutăți și a prezentat nevoia de a se întoarce din stadiul *deosebirii* înapoi în cel al atașamentului. O tendință asemănătoare a putut fi observată în etapa extinderii scopului, atunci când în conexiune cu a doua ședință a acestei trepte a trebuit să fie organizat un consiliu de familie. În astfel de situații ne-am întors pentru scurt timp la etapa anterioară.



Evaluarea evoluției terapeutice a dnei Ute S.
Punctele importante ale demersului terapeutic în cadrul psihoterapiei analitico-diferențiale

Întrebării privitoare la pe ce treaptă și în ce stadiu de interacțiune se afla pacienta în psihoterapie i s-a putut răspunde din perspectiva a mai mulți factori: din perspectiva reacțiilor pacientei față de procedeele tipice folosite în fiecare treaptă în parte, din perspectiva autoevaluării pacientei și din perspectiva impresiei de ansamblu a terapeutului.

Simptomele inițiale au fost: angoase referitoare în special la situații legate de punctualitate, neliniște interioară, inhibiții, depresii, tulburări ale metabolismului, senzații de amețeală, tulburări cardiace, dureri de stomac, precum și tendințe de sinucidere. Înainte de începerea psihoterapiei, pacienta fusese tratată de către medicul ei de familie, de medicul internist și de către un specialist în neurologie și psihiatrie în mod preponderent medicamentos, firește fără un succes semnificativ sau durabil. Din cauza conținuturilor imaginilor exprimate („Soțul meu era un monstru imens. Până și aspiratorul îmi inducea frică. Soțul meu vrea să scape de mine“) și a izbucnirilor afective, pacienta a fost transferată de către un medic neurolog pentru patru săptămâni într-o clinică psihiatrică, fiind suspectă de „psihoză afectivă“.

La finalul tratamentului psihoterapeutic pacienta nu a mai simțit nici o neplăcere. Durerile legate de funcțiile digestive și cardiace nu mai apăruseră în acea perioadă deja de două luni. Numai din când în când mai apărea un sentiment de indispoziție sau de neliniște interioară, în special în situațiile conflictuale neobișnuite și din când în când în legătură cu așteptarea.

Firește, enunțurile legate de succesul terapiei pot fi uneori produsele artificiale ale sugestiei terapeutice și a politeții pacientului, care nu dorește să își dezamăgească terapeutul și nu vrea să se vadă pe sine însuși ca eșec terapeutic. Din aceste motive, problema constatărilor finale a fost ridicată nu doar într-o ședință, ci în ultimele ședințe ale extinderii obiectivelor și apoi în ședințele de consiliere ulterioare. În plus, am încercat să reprezentăm afirmațiile generale, precum „mă simt bine“, prin situații concrete. O formă suplimentară de control a fost oferită de enunțurile soțului. Soțul a confirmat din punctul său de vedere enunțurile pacientei: „Soția mea îmi pare acum mai echilibrată, mai prietenoasă și mai independentă.“ În cazul doamnei S. a reieșit încă un indicator pentru succesul terapiei. Atunci când doamna S. a venit la mine la cabinet, ea lua regulat șapte medicamente diferite: un medicament contra fricii, tablete de dormit, un medicament pentru stomac, două pentru inimă și metabolism, un preparat vitaminizant și medicamente contra durerilor, care aveau efect și contra senzațiilor de amețeală. S-a renunțat treptat la această medicamentație, fiind redusă într-un interval de trei săptămâni la două medicamente, la care de asemenea s-a renunțat după alte două luni. După terminarea terapiei,

pacienta nu a mai luat nici un fel de medicamente. Pacienta a relatat în a patra ședință de consiliere de după încheierea terapiei următoarele lucruri:

„Sexualitate și punctualitate“

„Acum aproximativ o jumătate de an am avut o experiență care a fost foarte importantă pentru mine. Fusesem invitați într-o duminică seară la niște cunoștințe și trebuia să fim acolo la ora 19. Copiii noștri erau plecați. Făcusem baie și tocmai voiam să mă îmbrac, când a venit soțul meu, care era foarte tandru și care voia neapărat să se culce cu mine. Mi s-a părut foarte drăguț, dar m-am gândit imediat că nu avem timp de așa ceva. Pe tot parcursul actului sexual m-am gândit că de fapt trebuie să plecăm imediat de acasă și comportamentul soțului meu mi-a părut foarte insistent. Mă simțeam neliniștită în interiorul meu și cu gândurile în cu totul altă parte. Mă tot gândeam: Vom ajunge la timp? Mai târziu l-am rugat pe soțul meu ca în seara următoare să organizăm un grup partenerial. În grupul partenerial i-am povestit soțului meu felul în care m-am simțit cu o seară înainte. La început a fost foarte afectat, dar a dezvoltat de-a lungul timpului foarte multă înțelegere față de situația mea. Mi-a povestit atunci că și el însuși a avut gânduri asemănătoare în timpul actului sexual, dar că a avut sentimentul că trebuia să termine ceea ce a început, pentru a nu mă dezamăgi pe mine. Dialogul mi-a oferit mie însămi foarte multă încredere în soțul meu. Nu știu de unde vine, dar după acea discuție m-am simțit mult mai bine și de atunci am aproape de fiecare dată orgasm, la care nu reușisem să ajung în anii de dinainte…“

Pacienta, care la încheierea terapiei era atât de departe încât a putut să își ia singură în mâini programul de autoajutor, consultându-se cu mine la intervale din ce în ce mai mari de timp, a fost în stare să se ajute pe sine însăși și pe partenerul ei independent de terapeut. Pacienta a explicat într-o ședință de control la doi ani de după încheierea terapiei:

„În sfârșit m-am impus“

„Vă puteți aminti că pentru mine punctualitatea însemna tot, și trebuie să spun că am rămas până azi încă o persoană punctuală. Dar cred că unele lucruri s-au schimbat esențial în cazul meu. Nu pot să vă spun asta așa, pur și simplu. Cel mai bine ar fi să vă explic printr-un exemplu. Soacra mea este cel puțin la fel de nepunctuală precum era soțul meu înainte. Îmi pot aminti cât de des trebuia să o așteptăm cu masa de prânz până și două ore. O dată o invitasem din nou. Vorbisem cu soțul meu înainte despre cât de neplăcut este pentru o gospodină să aștepte atât de mult cu masa gata. Pentru că soacra mea nu apăruse după o jumătate de oră și copiii deveniseră deja nerăbdători din cauza foamei, am sugerat să mâncăm fără ea. După încă o oră și jumătate ea tot nu venise, așa că am sugerat să nu renunțăm sau să amânăm plimbarea de duminică pe care o planificasem. Era o vreme frumoasă și copiii s-au entuziasmat imediat. Numai soțul meu a înghițit puțin în sec. Ne-am pregătit imediat și i-am lăsat vecinei mele un mesaj, cum că ne întoarcem în circa trei ore. Când ne-am întors, soacra mea era deja la ușă și se uita la noi cu o privire plină de reproș. Fără a discuta prea mult, i-am spus că o așteptasem la ora 13 și că apoi nu am mai luat în calcul că ar mai veni. Dar că ne-am bucura dacă ar rămâne la cină. Trebuie să spun că, discutând astfel, nu m-am mai simțit atât de dependentă și de copilăroasă ca înainte. Seara a decurs chiar neașteptat de relaxant. Soțul meu a fost chiar uimit. M-am gândit la toate încă o dată, și de asemenea la lucrurile pe care le discutasem în terapie. Atunci când stabilim termene cu soacra mea, îi spun imediat până la ce oră putem fi găsiți sau între ce ore o așteptăm. Cred ca acest lucru a ajutat-o foarte mult pe soacra mea. În astfel de situații mi se întâmpla câteodată să am sentimente de vinovăție, la fel ca înainte. Nu mă simțeam prea confortabil uneori. Dar m-a ajutat gândul la acea poveste, în care unul trebuia să îi fie recunoscător celuilalt pentru sinceritatea sa“ (doamna S. se referă la povestea „Un motiv de a fi recunoscător“, p. 318).

În cea de-a doua ședință a epicrizei (după încă doi ani), pacienta a lăsat o impresie foarte detașată și echilibrată. Ea a venit însoțită de cei doi copii și a povestit despre activitățile familiei, despre propriile activități — între timp absolvise un curs de traducător — și despre activitățile ei comune cu familia.

Modificarea psihoterapiei analitico-diferențiale în cinci etape

Cele cinci etape ale psihoterapiei analitico-diferențiale nu reprezintă o schemă rigidă de terapie, prin care este târât fiecare pacient, independent de particularitățile sale. Aceste etape pot fi folosite în principiu în cazul tuturor tulburărilor psihice și psihosomatice. Și aceasta nu pentru că ele se pretind a fi un leac universal, ci pentru că demersul lor include o paletă întreagă de posibilități care ia în considerare particularitățile fiecărui pacient și ale bolii sale. Astfel, pot fi tratate cu ajutorul psihoterapiei analitico-diferențiale în cinci etape atât angoase și depresii, cât și bolile obsesionale, tulburările de comportament, problemele intergenerației, dificultățile transculturale, schizofreniile, precum și grupul bolilor psihosomatice, ca de ex. ulcerul stomacal, astmul, reumatismul, tulburările funcției cardiace, disfuncțiile de natură sexuală, tulburările de somn, durerile de cap etc. Ceea ce contează aici

este luarea în considerare a circumstanțelor existente în fiecare caz în parte. Astfel, în locul punctualității și al politeții, care în cazul Ute S. au reprezentat conflictul-cheie, și dreptatea, curățenia, ordinea, seriozitatea, contactul, chibzuința, credința, încrederea etc. pot deveni conflicte centrale în funcție de care se orientează demersul analitico-diferențial.

În calitatea ei de terapie de scurtă durată centrată pe conflict, analiza diferențială a fost aplicată în cazul următoarelor tablouri clinice:

Disfuncții sexuale (angoasă sexuală a femeii, frigiditate, hipersexualitate, tulburări de potență la bărbat, ejaculare precoce, tulburări de erecție, angoasă sexuală, masturbare și homosexualitate percepute ca fiind bolnăvicioase). În prezent există date despre 80 de pacienți (52 feminini, 28 masculini). Din punctul de vedere al diagnosticului, pacientele sufereau preponderent de angoasă sexuală și de frigiditate generală și selectivă. Pacienții masculini sufereau în mare parte de ejaculare precoce, tulburări de ejaculare și angoasă sexuală. În toate cazurile a fost obținută o însănătoșire semnificativă. În 74% din cazuri a fost constatată o vindecare pe termen lung (interval de control: circa un an). Durata medie a terapiei a variat în funcție de fiecare diagnostic în parte, între 12 și 21 de ședințe.

Tulburări funcțional-vegetative cu etiologie psihică demonstrată și nevroze organice (tulburări ale somnului, cefalgii, astm, colită, ulcus duodeni și ventriculi, dureri reumatice, nevroze cardiace, prostatită, anorexia nervosă, obezitate, neurodermatită, distonii vegetative, bâlbâială și enurezie);

Tulburări psihoreactive (fobii, depresii, tulburări de comportament, obsesii, tulburări ale învățării, alcoolism, dependență de droguri și reacție de doliu anormală). În cazul psihozelor și al psihopatiilor, analiza diferențială a fost aplicată în mai multe rânduri. Aici au putut fi constatate parțial rezultate promițătoare.

Cele cinci etape constituie linii directoare și ajutoare orientative care îi oferă terapeutului pentru anumite părți ale terapiei metode testate. Sunt posibile modificări:

În interiorul etapelor. În principiu, etapele pot fi combinate liber între ele în funcție de nevoile situației terapeutice individuale. Felul acestor combinări depinde, în afară de factorii situativi și de cei specifici personalității fiecărui individ în parte, în special de tabloul simptomatologic și de durata intenționată a terapiei.

Referitor la metodele implicate. Analiza diferențială nu este deloc o dogmă exclusivă, ci ea prezintă un sistem multidimensional în interiorul căruia se pot remarca diferite procedee și metode. Așadar, pot fi implicate atât procedee psihanalitice, cât și tehnici comportamentale, metode ale psihologiei abisale, precum și instrumente de lucru hipnoterapeutice. Invers, și aspecte legate de analiza diferențială pot fi anexate în modelul altor psihoterapii.

Analiza diferențială ca terapie individuală sau de grup

În descrierea celor cinci etape, am pornit, din motive legate de componenta metodică, de la situația terapiei individuale, în care terapeutul și pacientul se află față în față. Ca alternativă și completare a terapiei individuale, analiza diferențială poate fi aplicată și ca psihoterapie de grup. Aceste grupuri sunt parțial orientate tematic și controlate cu ajutorul liniei directoare a celor cinci etape. Dincolo de acest aspect, controlul legat de stadiile atașare–diferențiere–detașare este important în cadrul terapiei de grup. Combinarea grupurilor de autoajutor (ședința părinților, consiliul de familie și grupul partenerial) cu grupul psihoterapeutic facilitează transferul comportamentului-model învățat în cadrul grupului terapeutic și controlul asupra realității evenimentelor terapeutice de grup.

Psihoterapia de grup analitico-diferențială

Grijile altora

O femeie era nemulțumită de soarta sa; era mai săracă decât toți ceilalți. Pâinea nu îi ajungea niciodată pentru toți cei șapte copii ai săi. Soțul îi murise demult. Într-o noapte, după rugăciuni disperate, acestei femei îi apăru un înger, care îi dădu un sac și îi ordonă să arunce în el toate grijile și nevoile ei. Sacul nu era suficient de mare pentru a cuprinde atât de multe necazuri, griji și temeri. Îngerul o luă însă de mână și o conduse în ceruri, în timp ce ea ofta și se văicărea cu sacul în mână. Odată ajunsă acolo sus, femeia rămase uimită. Își imaginase altfel cerul. Toți norii erau saci plini de griji. Iar pe cel mai mare dintre acești saci ședea un domn bătrân, foarte venerabil, care îi era cunoscut femeii din tablourile copilăriei ei. Atotștiutorul îi cunoștea grijile, căci îi ascultase zilnic rugile și blestemele. El o rugă să pună sacul deoparte și îi spuse că are voie să deschidă toți ceilalți saci pentru a se uita înlăuntrul lor. Dar că va trebui să se decidă asupra unuia singur pe care să îl ia înapoi cu ea pe pământ. Începu așadar să deschidă sacii unul după altul și găsi în ei supărări, probleme, conflicte reprimate, plictiseală și multe altele. Multe din aceste lucruri îi păreau străine, altele cunoscute,

iar despre celelalte nu știa sigur dacă le mai văzuse vreodată sau nu. Cu greu răzbătu printre nori, până ce ajunse la ultimul sac. Îl deschise și pe acesta, îi goli conținutul, îl ordonă și îl recunoscu ca fiind chiar al ei. Ridicându-l, sacul îi păru cu mult mai ușor, ba mai mult decât atât: propriile ei griji nu o mai chinuiau, propriile ei dureri nu o mai dureau. În locul lor, văzu neajunsuri reale și scopuri nobile. (Poveste orientală)

Omul, ca ființă socială, este dependent de ceilalți oameni. Viața comună a oamenilor se desfășoară într-un schimb continuu dintre a da și a lua. În acest context, grupul social ne oferă multe avantaje, unele din ele fiind vitale pentru noi. În alte cazuri, el poate fi perceput ca amenințător: mulți oameni nu pot face parte decât cu greu dintr-un grup în care să se simtă bine. Aceștia sunt stingheriți, timizi și se simt respinși de grup. Adesea reacționează desprinzându-se de grup (intimidare, resemnare) sau demonstrând o vioiciune exagerată, pentru a-i domina pe ceilalți membri ai grupului (zurbagiul). Ei nu pot însă nici colabora, nici tulbura, ci manifestă numai o toleranță și o indiferență pasivă. Atitudinea pe care o are un individ față de mediul său social nu este întâmplătoare, ci ea s-a dezvoltat de-a lungul timpului prin intermediul evenimentelor trăite și al experiențelor legate de învățare.

După cum se știe, avem tendința de a ne alege prietenii dintre acei oameni care gândesc la fel ca noi, care au aceeași perspectivă în legătură cu anumite lucruri, aceleași gusturi și pasiuni precum noi înșine. Într-un grup compus în mare parte din persoane cu aceeași vârstă, se poate ajunge ușor la împiedicarea unei evoluții personale. Căci se va dezvolta un repertoriu fix de răspunsuri la toate întrebările, nemaiexistând impulsul de a găsi noi răspunsuri. După un timp, membrii grupului nu vor mai avea nimic nou de împărtășit și se vor mulțumi să repete aceleași lucruri la nesfârșit, pentru că este comod.

Odată cu intrarea într-un grup, noi suntem confruntați cu persoane până atunci necunoscute. Noul participant al unui grup terapeutic constată curând că ceilalți membri provin din alte medii educaționale, în care adesea sunt respectate norme și reguli considerabil diferite de cele personale. În timp ce unul a învățat să se folosească de capacitățile sale intelectuale, un altul argumentează mai degrabă instinctiv și intuitiv. Unul este devotat normelor tradiționale, fiind obișnuit cu o anumită ordine și politețe; un altul încearcă să găsească noi forme de comunicare, punând uneori la îndoială normele de gândire și de judecată obișnuite.

Fiecare membru al grupului aduce o dată cu sine propriile atitudini și modele de comportament, care constituie parțial obiect al psihoterapiei. În situația psihoterapeutică sunt exprimate mostre, simptome și simboluri ale acestor domenii de comportament încărcate conflictual; ele pot fi scoase în evidență de către membrii grupului, care își au propriile lor norme, valori și particularități de comportament. Cu alte cuvinte: fiecare membru participant își găsește reflectate în cadrul grupului în mod repetat și adesea în moduri diferite propriile atitudini și conduite de comportament. Obiectul acestui proces îl reprezintă capacitățile actuale sau formele lor mascate de apariție.

Dnul A: „Găsesc că acest grup nu mă ajută cu nimic!“

Dna B: „Și eu sunt de aceeași părere.“

Dnul F către A: „Chiar tu ai spus ultima dată că îți place foarte mult grupul. În afară de asta, nu îmi convine tonul tău.“

Dna K: „Mi se pare îngrozitor când vă certați. Mă faceți să mă gândesc la părinții mei și la felul în care se certau ei.“

Pornind de la o confruntare centrată în jurul capacităților actuale politețe–sinceritate, dialogul trece la problematica acestor capacități actuale în percepția și în conflictul de bază al unei paciente. Apar și alte capacități actuale: grupul începuse deja, când d-șoara H. întârzie 15 minute și se așază fără a atrage atenția la locul ei.

Un pacient care tocmai spunea ceva, își întrerupe spusele și este iritat. Toți membrii grupului o privesc pe nou-venită.

Dnul L: „Știi că grupul începe la șase și jumătate. Nu este prima oară când întârzii.“

D-șoara H. se înroșește. Dna F. îi sare în ajutor: „Poate că ai un motiv din cauza căruia ai întârziat. Și mie mi-e greu câteodată să fiu aici la timp.“

Grupul tace apoi un timp îndelungat. Atmosfera este apăsătoare și încordată. Dintr-o dată, d-șoara H. începe să plângă: „Nu sunt numai aici nepunctuală. Șeful meu m-a amenințat că mă concediază, pentru că întârziam uneori peste două ore (suspină). Eu de fapt nici nu vreau să întârzii, dar nu reușesc să mă dau jos din pat dimineața devreme și nimănui nu îi pasă de mine. Și apoi primesc numai reproșuri.“

Și aici este descrisă o situație-cheie. Capacitatea actuală implicată este sinceritatea, din partea domnlui L. El susține normele de grup și se identifică cu tipul terapeutului patern, autoritar. Capacitatea actuală tematizată este „punctualitatea“. De la punctualitate în ceea ce privește grupul, câmpul conflictual se extinde brusc la punctualitatea la serviciu, la dificultățile de contact rezultate de aici și la sentimentul pacientei de a fi o ratată din punctul de vedere al performanțelor pe care

ceilalți le așteaptă de la ea. Aici sunt implicate astfel capacitățile primare, precum încrederea, contactul, speranța și dubiul. Și timpul va deveni o tematică centrală, în sensul existenței unei lipse de împărțire a timpului.

Legătura dintre punctualitate și sentimentul eșecului profesional a fost stabilită în acest caz în mod automat: Pacienta ajungea la birou cu întârziere, resimțea atmosfera în birou ca fiind dușmănoasă și nu mai reușea să se concentreze în următoarea perioadă. Rămânea astfel în urmă cu volumul de muncă, percepea acest lucru ca fiind un eșec din partea ei, lucru care se răsfrângea negativ asupra volumului de muncă. Pacienta nu își îndeplinea volumul de muncă până la finalul zilei de muncă și a doua zi era nevoită să muncească suplimentar. Cu această amânare a responsabilităților profesionale de la o zi la alta s-a instalat în același timp și o atitudine de așteptare a eșecului, care îi făcea și mai îngrozitoare profesia și sculatul din pat dimineața devreme. Acest exemplu arată cât de puternic dependente sunt *procesul conflictual* și *conținutul conflictual* atât în planul dinamic, cât și în cel al *interpretării* și al *înțelegerii*.

În fiecare grup, în special în grupul psihoterapeutic, care este centrat mai puțin pe probleme obiective, cât pe dificultăți personale, se confruntă între ele diferitele concepte ale membrilor. Interacțiunea existentă în contextul psihoterapeutic poate fi înțeleasă așadar ca interacțiune a conceptelor și mitologiilor exprimate în exterior prin confruntare reciprocă.

În principiu, grupul îndeplinește ceea ce noi am denumit cu termenul de „funcție a contraconceptului“. Membrul grupului învață să recunoască alte concepte, să se familiarizeze cu acestea și să își extindă astfel propriul concept. Ce-i drept, premisa este ca grupul să își poată păstra flexibilitatea și să se uniformizeze într-o „masă de proporții restrânse“, în care membrii grupului să renunțe la unicitatea lor de dragul unei colectivități nediferențiale.

Transferul variat și plurivalent devine — dincolo de relațiile afective— un transfer al conceptelor în baza capacităților actuale și a mediilor. Preluarea ipotetică de concepte suplimentare este susținută de forme de reprezentare ale psihodramei. Aici își „joacă“ membrii grupului conceptele și conflictele legate de ele, le repetă într-un mod dramatic și le elimină. Pacienții care s-au cunoscut reciproc fac schimb de concepte și de aspecte de rol și se pun în poziția celuilalt partener de joc. Ei se identifică, într-o primă fază în mod ludic, cu concepte străine, învață să interacționeze cu ele și le trăiesc într-o anumită măsură pe propria lor piele. Pe de altă parte, ei trebuie să se apere împotriva propriului lor concept, preluat acum de celălalt partener de joc. Există o serie de

posibilități de a prelucra din punct de vedere dramatic conceptele într-o situație de grup:

Monologul: Un pacient joacă singur și își exprimă gândurile, ideile, intențiile și sentimentele.

Inversiunea de roluri: Actorul principal și încă un actor sau doi își schimbă rolurile între ei. Această tehnică poate fi folosită și în grupul psihoterapeutic restrâns, la care, pe lângă terapeut, iau parte și partenerii de conflict.

Imaginea în oglindă: Actorul principal devine spectator, rolul său este reprezentat de către un altul.

Dublul: O persoană este „jucată“ de către doi pacienți, de exemplu pentru a descrie în același timp două părți opuse sau două concepte contradictorii ale unei persoane sau pentru a verbaliza, cu ajutorul unui al doilea interpret, conceptele aflate la baza dificultăților.

Efectul contrar: Amintirea actorului principal legată de o anumită întâmplare din istoria sa personală de viață este confruntată cu versiunea reprezentată prin intermediul jocului de către alți pacienți. După interpretarea realizată de jucători, actorul principal este în general întrebat: „Așa a fost?“ Aproape întotdeauna el neagă și se simte obligat să prezinte „corect“ întâmplarea.

Contactul inițial: Pacientul îi salută pe toți ceilalți membri ai grupului așa cum ar face-o în mod spontan în situații date (când vin musafiri în vizită, când intri în biroul șefului, când îți saluți colegii de serviciu, când dorești să legi un contact cu o persoană străină sau când îți saluți partenerul de viață). Scenele sunt discutate pe larg în cadrul grupului, jucate, analizate sub aspectul neînțelegerilor posibile și al capacităților actuale implicate, controlate cu ajutorul aparatului video și deduse apoi normele de comportament.

Scaunul gol: Un scaun gol este evaluat, în locul protagonistului, de către toți membrii grupului. Pe scaun nu se află pacientul însuși, ci conceptul imaginar desprins de persoana protagonistului.

Tehnica behind-back: Actorul principal stă cu spatele la ceilalți și ascultă cum îi interpretează ceilalți membri ai grupului conduita comportamentală din timpul jocului.

Tehnica punching-ball: Actorul principal este supus unui interogatoriu de către toți membrii grupului.

Grupul analitico-diferențial este orientat tematic. Fiind orientat către modelul în cinci etape, tema grupului va fi reprezentată de situațiile conflictuale specifice și de problemele pacienților. Demersul rămâne orientat către grup; conducătorul său are, înainte de toate, o funcție de control și de informare, oferind asistența necesară. Tema se poate raporta atât la procedeele din cadrul grupului, cât și la cele aduse în discuție din afară de către membrii grupului și acceptate de ceilalți participanți ca probleme. În acest sens, temele sunt conceptele care se raportează la capacitățile actuale, la mediile capacităților de bază și la neînțelegeri.

Acest tip de procedură are avantajul de a aborda în mod dozat problematica membrilor grupului. Disponibilitatea agresivă poate fi controlată și dozată printr-un astfel de demers; deformarea ei este agresivitatea distuctivă și poate fi împiedicată. În special pentru că actele de agresivitate nu mai sunt manifestate direct între membrii grupului sau îndreptate către alte grupuri. Mai degrabă tema, un concept, se află între membrii grupului ca mediator, preluând astfel o funcție de apărare. Așa pot fi contracarate evoluțiile periculoase ale unui grup necontrolat, precum de exemplu automutilarea în urma unor ședințe de grup deosebit de agitate.

Prin intermediul interconexiunii conceptelor, situațiilor-model și al mitologiilor vor fi detectate tendințele regresive ale pacientului. De fapt, el le poate articula și exprima în grup; totuși, centrarea tematică acționează împotriva tendinței grupului de a se transforma într-o „mamă mare“ (R. Battegay, 1971). Grupul oferă astfel spațiu pentru toate trei stadiile de interacțiune: atașament, deosebire și detașare.

Grupul analitico-diferențial nu este autosuficient. Într-o anumită măsură, el se consideră situație-model pentru acele grupuri în care trăiesc membrii săi. Se va ține seama de acest lucru în măsura în care pacientul poate aduce în discuție, în cadrul grupului, pe de o parte problemele sale din viața de zi cu zi, pe de altă parte în cadrul grupului vor fi realizate diferențieri și dezvoltate alternative de comportament care vor fi puse din nou la încercare în viața cotidiană.

După ce pacientul a învățat să se implice în mod activ în procesul de grup, performanțele sale vor fi răsplătite de către ceilalți membri și de către terapeut. Grupul devine astfel un soi de substitut al familiei, în care conduitele dorite de comportament vor fi confirmate, iar cele nedorite vor fi eliminate prin reacția de respingere a celorlalți membri. Grupul își depășește limitele și devine un grup mare: Pacientul își transferă relația de încredere, dobândită ca membru al grupului, asupra propriului său grup primar. Din acest moment, grupul terapeutic se va reproduce printr-un soi de diviziune celulară în grupuri de autoajutor. Astfel este oferită și soluția unei probleme fundamentale, și anume răspunsul la întrebarea cum pot fi utilizate și în viața curentă conduitele de comportament, atitudinile și formele de prelucrare ale conflictului nou învățate în cadrul grupului. Așa se dezvoltă efectul reciproc continuu, considerat caracteristic analizei diferențiale, existent între domeniul terapeutic și cel extraterapeutic.

Când este necesară terapia individuală, când cea de grup și în ce caz intră în discuție o terapie combinată trebuie stabilit de la caz la caz. În cazul unei terapii combinate, unde este implicată atât terapia individuală, cât și cea de grup, s-a menținut o balanță în favoarea uneia sau a alteia dintre metode.

Rezumat: Indicația diferențială legată de terapia de grup poate fi identificată cel mai clar în domeniul transcultural. În activitatea mea psihoterapeutică, am întâlnit două forme specific culturale, din care una este tipică stilului de viață occidental, cealaltă celui oriental. Germanii devin mai adesea depresivi din cauza lipsei de contact și a izolării sociale. În Iran, oamenii devin depresivi mai degrabă pentru că nu mai pot suporta influența continuă exercitată asupra lor de către familia lărgită, pe care o percep drept „mamă rea“ și căreia nu i se pot sustrage decât printr-o evadare în depresie.

Posibilitățile terapeutice rezultă și din realitățile sociale. Psihoterapia de grup are în Germania o șansă mare de reușită, pentru că restabilește, cel puțin la nivel de model, legăturile sociale și pentru că în cadrul grupului pot fi antrenate formele de contact social. În Persia dimpotrivă, psihoterapia de grup ar însemna a căra apă în puț, căci acolo tocmai relațiile sociale hipertrofiate se dovedesc a fi conflictuale. Psihoterapia de grup ar avea acolo o altă funcție: întărirea poziției unui pacient față de grupul său familial, prin raportarea lui la grupul terapeutic.

7

Analiza diferențială și alte psihoterapii

Critică și posibilități de cooperare

Spectacolul de marionete

În cortul unui păpușar se înghesuia o masă de oameni care urmăreau râzând în hohote piesa de marionete. În spate de tot stătea un tată cu fiul său. În timp ce tatăl mai putea urmări spectacolul stând în vârfurile picioarelor, băiatul ajungea cu capul numai până la înălțimea șoldurilor celor prezenți. El își lungea gâtul, și în cele din urmă începu să plângă, până ce tatăl îl ridică pe umerii săi. Ce plăcere pentru băiat! De acolo, de sus, dincolo de toate turbanele, băiatul vedea acum piesa amuzantă de marionete. Nu mai plângea, ci chicotea de bucurie, sărea pe umerii tatălui ca și cum ar fi fost un călăreț și tatăl său calul. Încântat, bătea toba cu pumnii în capul tatălui său, îl lovea cu picioarele pe piept, uitând complet că se afla pe tatăl său. Dintr-o dată, observă o mână pe umăr. Se întoarse speriat și văzu un derviș cu barbă albă și privire binevoitoare. „Fiul meu", spuse acesta, „te distrezi foarte bine, vezi teatrul de marionete mai bine decât mulți alții din cort. Dar gândește-te, dacă tatăl tău nu și-ar fi dat silința să te ridice pe umerii săi, acum ai fi stat încă jos, în umbra celorlalți. Așa că nu uita pe umerii cui te afli. Ar trebui să te bucuri și să fii fericit. Dar nu ar trebui să îi uiți nici pe cei pe umerii cărora ești fericit". (Poveste orientală)

Neîncrederea existentă azi față de psihoterapie pare într-adevăr îndreptățită, dat fiind diversitatea ei colorată și capriciile orientărilor și criteriilor. În chirurgie au fost confirmate de-a lungul timpului, pentru operațiile stomacale, metode precum „Bilroth I" și „Bilroth II". Aceste metode sunt recunoscute de către medicină, își au semnificația lor solidă și sunt aplicate în Frankfurt am Main la fel ca și în Sydney sau Miami. Ceea ce variază este numai felul în care este realizată incizia și

mărimea ei. Un pacient care se operează la stomac, se poate consola cu gândul că va fi operat după anumite principii stabile și verificate de-a lungul timpului.

Cuiva care suferă de angoasă, depresii și inhibiții îi lipsește de cele mai multe ori această certitudine. Lui îi sunt oferite peste 300 de școli, direcții și convingeri psihoterapeutice, care se mai și potențează datorită faptului că aproape fiecare psihoterapeut cultivă propria sa psihoterapie. Această imagine este în continuare complicată din cauză că, după toate aparențele, în psihoterapie fiecare duce o luptă împotriva tuturor celorlalți. Un exemplu trist, deși pregnant în acest sens, îl constituie duelul, devenit deja istoric, dintre psihanaliză și terapia comportamentală.

Pentru teoreticianul învățării Eysenck, psihanaliza se află alături de metodele speculative, „nesusținute empiric și care nu ar putea fi derivate în nici un fel din sistemul teoretic al psihologiei" (Eysenck 1960; Rachman, 1963; Eysenck și Rachman, 1967, p. 14). Psihanalistul A. Mitscherlich atacă din partea opusă: „Acum, interesul legat de succesele spectaculoase de vindecare s-a mutat într-adevăr dinspre psihanaliză către terapia comportamentală, care se mulțumește cu o terapie prin hipnoză, comparabilă cu psihologia primitivă" (1970, p. 126). Aproape fiecare din direcțiile psihoterapeutice existente are un soi de pretenție de caracter absolut. Multe își manifestă tacit această pretenție, unele o formulează categoric. Astfel, Janov (1976) afirmă: „Terapia primară are pretenția de a *vindeca* bolile psihice. Mai mult decât atât, ea se consideră a fi *singura* metodă de vindecare. Acest lucru implică faptul că, astfel, toate celelalte teorii psihologice sunt contestate și considerate depășite. De unde rezultă că nu poate exista decât o singură metodă valabilă pentru tratarea nevrozelor și a psihozelor" (p. 12).

Acest citat din Janov este aproape simptomatologic pentru situația psihoterapiei, în care încercările încordate de obținere a exclusivității aproape că iau caracterul războaielor religioase. Dacă plecăm de la premisa că fiecare din aceste direcții psihoterapeutice deține cel puțin o parte de adevăr și că a fost confirmată practic în anumite grupe de boli, situația va fi de neînțeles pentru potențialul pacient. Până la urmă, dacă pacientul, cu tabloul său clinic specific, va ajunge la acel terapeut care susține o direcție terapeutică potrivită problematicii sale, este numai o chestiune de noroc. Războiul religios terapeutic se desfășoară în cele din urmă pe spatele pacienților. Între terapeuți există de cele mai multe ori o relație tensionată, în care este implicată neîncredere și neînțelegeri, atâta vreme cât ei nu aparțin aceleiași direcții, ba mai mult decât atât, aceleiași școli terapeutice. Se vorbesc limbi diferite și se stabilesc alte centre de greutate.

Direcțiile psihoterapeutice se întrec în unilateralitate atunci când vine vorba de a determina domeniile conflictuale focale. Psihanaliza așază în centru sexualitatea și privește celelalte domenii de conflict numai ca epifenomene. Psihologia individuală (A. Adler, R. Dreikurs) accentuează rivalitatea, lupta concurențială și pune în consecință accentul pe domeniul competențelor (profesionale).

Psihologia analitică a lui C. G. Jung are ca obiectiv terapeutic individuația, în timp ce direcțiile analitico-existențiale, precum logoterapia lui V. Frankl, consideră că originea nevrozelor se află în răspunsul nesatisfăcător cu privire la problema sensului. „Pentru psihanaliză, omul era până la urmă o ființă guvernată de așa-numitul principiu al plăcerii — adică de o voință de plăcere; și pentru psihologia individuală, el era o ființă determinată de așa-numita aspirație de a se impune, adică de voința de putere. În realitate, omul este profund pătruns de o voință de sens“ (V. Frankl, 1955, p. 14).

Dacă toate aceste domenii joacă un rol în evoluția omului și în conflicte, atunci nu este de înțeles de ce ar trebui să ne decidem de la bun început în mod dogmatic numai pentru unul din aceste domenii ca posibil câmp de bătălie al confruntărilor psihice și psihosociale. În cazul unei perspective orientate către pacient, nu depinde această decizie mai degrabă în primul rând de cazul individual, și abia în al doilea rând de direcția teoretică a terapeutului?

Rareori afectează un conflict numai unul din domeniile numite. Mai degrabă, conflictele dintr-un domeniu se află față în față cu neînțelegerile și unilateralitățile existente în alte domenii. Întrebarea cu privire la domeniul perceput drept sferă a conflictului se raportează la *orientarea tematică.* Pe lângă aceasta, în momentul de față, *dimensiunea topografică* devine din ce în ce mai importantă.

Direcțiilor orientate către funcțiile fizice, de ex. psihiatria și neurologia, li se opun direcțiile psihologice, care văd fiecare individ în parte, experiența și comportamentul său, ca fiind singura unitate fundamentală existentă (psihanaliza, psihologia abisală, terapia comportamentală). Această concepție este din nou contrazisă de teoria sociologică, ce acordă întâietate vieții sociale și structurilor și funcțiilor politico-sociale. Toate cele trei perspective s-au impus în psihoterapie, unde și-au dezvoltat propriile contribuții terapeutice. Apariția lor este justificată istoric, dar ea a dus în cele din urmă la o curiozitate: Toate cele trei contribuții, care operează cum s-ar spune cu o doamnă fără partea de jos a corpului, pleacă de la constructul că omul există în principal în domeniul fizic, psihic sau social, ignorând sau bagatelizând celelalte domenii funcționale.

Prin împărțirea brutală în medicină, psihologie și sociologie, realitatea omului este tăiată în trei părți. Această sciziune divizată produce în mod secundar probleme care nu apar în realitatea omului. Mai nou se mai practică formularea de teorii într-un mod atât de extrem. Celorlalte domenii le este recunoscută o anumită importanță, considerată însă generală și neobligatorie, vorbindu-se despre faptul că, pe lângă acest ori acel domeniu principal, ar mai fi implicate și altele; aceasta este în cele din urmă o formulă de compromis, în baza căreia poate fi stabilit totuși un minim de comunicare între orientări.

Analiza diferențială utilizează conceptele *corp–mediu–timp,* care nu sunt suprapuse cu cele de fizic, psihic și social. Corpul include aspectul somatic, mediul pe cel psihosocial și timpul aspectul integral care împreunează corpul și mediul într-un sistem unitar, dinamic și deschis.

Direcțiile psihoterapeutice actuale se deosebesc în continuare prin *dimensiunea metodologică.* Pentru că relațiile interumane stau în general sub aspectul *atașamentului, diferențierii* și *detașării,* acest lucru este valabil și pentru acel caz special pe care îl numim psihoterapie. Fiecare direcție terapeutică în parte pune, după toate aparențele, accentul pe anumite stadii ale interacțiunii.

Psihanaliza pune în prim-plan, accentuându-le diferit, ambele stadii ale interacțiunii: atașamentul și detașarea. Ceea ce numim problematica transferului, care influențează, ca relație personală între terapeut și pacient, în mod considerabil demersul terapeutic, reprezintă în cele din urmă un act de echilibristică a încrederii reciproce, al relației emoționale și sacrificiului excedentar față de principiul psihanalitic al realității, care permite asemenea relații afective numai într-un cadru restrâns și pentru o perioadă de timp limitată, anulând prin detașare tendința de atașament. În spatele rezistențelor față de psihoterapie se ascund de asemenea tendințe ambivalente de detașare, așa cum, în general, conceptul de ambivalență se referă la câmpul de tensiune dintre atașament și detașare.

Terapia comportamentală pune din nou alte accente cu orientarea ei asupra teoriilor învățării. Cel puțin clasicii ei au acordat, în orice caz, o importanță secundară atașamentului. Eysenck și Rachman (1967): „Relațiile persoane nu sunt esențiale pentru vindecarea tulburărilor nevrotice, cu toate că ar putea fi folositoare în anumite condiții“ (p. 21). Mulți pacienți percep lipsa de atașament drept respingere. Relația terapeutică este redusă aici la o relație pur tehnică între pacient și terapeut, sub evidența legităților teoretice ale învățării. Procedurile terapiei comportamentale țin în mică măsură seama de dorințele infantile de agățare. În acest sens, terapia comportamentală reprezintă numai un proces de reînvățare și un exercițiu de independență.

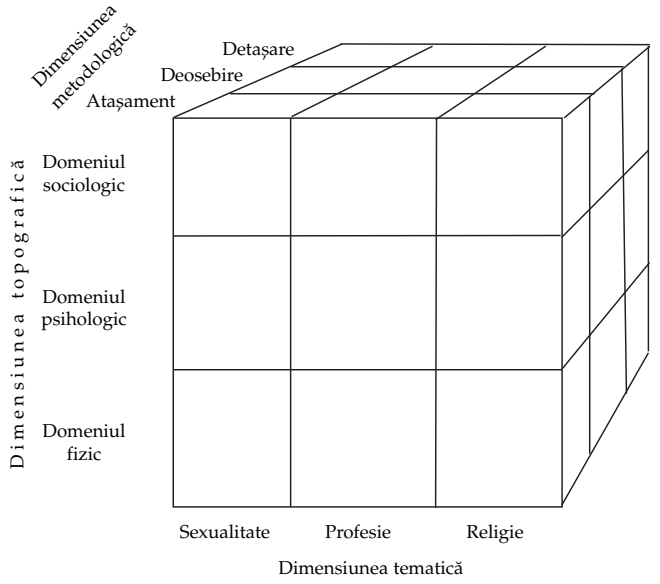
Fiecare din orientările numite mai sus abordează factori relevanți din punct de vedere terapeutic și corespunde anumitor grupuri de pacienți

și categorii de simptome. Dar unui pacient care are nevoie de un proces îndelungat pentru stabilirea unei relații de încredere îi folosește doar puțin să fie confruntat într-un mod abrupt cu informații și deosebiri, la fel de puțin cum îl poate ajuta pe un pacient care are nevoie de aceste deosebiri și experiențe de învățare o preocupare exclusivă față de stadiile atașament–detașare. A confrunta un pacient prea devreme cu cerințe legate de detașare înseamnă a-l arunca în apă înainte ca el să poată înota. Dimpotrivă, menținerea unui pacient într-o relație de dependență afectivă față de terapeut repetă de fapt numai situația ambivalentă din relația părinți–copil. B. Fittkau și F. Schulz v. Thun (1976) deosebesc — în mod analog cu atașamentul–diferențierea–detașarea — trei căi ale învățării: experiența personală, transmiterea de informații și antrenamentul comportamental, care își au corespondența în domeniile personalității, și anume în domeniul cognitiv, afectiv și acțional. Ei ajung la concluzia: „O ofertă de învățare, care se adresează întregului om (nu numai scoarței sale cerebrale superioare, de exemplu) trebuie să fie în mod corespunzător variat, altfel există pericolul de a se consolida dezvoltarea unilaterală a unui domeniu al personalității și dezintegrarea și incongruența existente între cele trei domenii“ (1976, p. 62 f.).

De aceea, cel puțin cele trei dimensiuni, și anume dimensiunea tematică, dimensiunea topografică și cea metodologică, trebuie verificate din principiu, înainte de a fi luată decizia cu privire la ce măsuri de prevenire, de tratare și de îngrijire ulterioară trebuie luate. *A vindeca psihoterapeutic o tumoare pe creier este la fel de absurd precum a dori să rezolvi o problemă conjugală cu ajutorul calmantelor.* Același luru este valabil și pentru reducerea problemelor de natură profesională la sexualitate sau la o întrebare asupra sensului căreia nu i s-a găsit răspunsul, sau pentru mijlocirea stadiului de deosebire către un pacient care are nevoie de atașament.

Acestea sunt desigur numai exemple de posibilități de erori datorate unei cântăriri unilaterale a dimensiunii tematice, topografice și metodologice.

Pe lângă aceste trei dimensiuni, trebuie luați în calcul și alți factori, în special semnificația terapeutică a trecutului, prezentului și viitorului, mijloacelor capacităților de bază și capacitățile actuale. Deși mediile capacităților de bază nu sunt analizate efectiv în nici o teorie psihoterapeutică, ele pot fi recunoscute în toate preferințele sau respingerile caracteristice, ce repetă astfel unilateralități pe care noi le-am descris ca fiind determinante pentru percepția și comportamentul nevrotic. *Direcțiile psihoterapeutice orientate unilateral repetă conceptele nevrotice ale indivizilor:* Psihanaliza ortodoxă susține un concept asemănător cu cel al nevroticului sexual; terapia comportamentală dogmatică pornește de



Dimensiunile orientării psihoterapeutice

la un concept în mare măsură forțat, în timp ce analiza existențială și direcțiile ei corespunzătoare de psihologie abisală reproduc un concept nevrotico-noogen.

Din cunoașterea plauzibilă a faptului că tulburările psihice se dezvoltă pe fundamentul trecutului, psihanaliza și psihologia abisală așază povestea de viață a individului în centrul tratamentului. Psihanalistul, de exemplu, încearcă să clarifice anumite fragmente critice ale primei copilării cu ajutorul metodei sale. Dimpotrivă, terapia comportamentală nu se preocupă decât în mod superficial de trecut. „Fiecare tratare a tulburărilor nevrotice are de-a face cu obiceiurile existente în prezent. Evoluția biografică este în cea mai mare parte a ei irelevantă“ (Eysenck și Rachman, 1967, p. 21). Câmpul ei de acțiune este prezentul, la fel cum și psihoterapia nondirectivă (Rogers) și gestaltterapia (Perls) pun, din perspectiva conceptelor lor, mai degrabă accentul tot pe prezent. Direcțiile psihologiei abisale, în sensul analizei existențiale, ignoră în mare parte trecutul și prezentul, pornind în terapie de la relația cu viitorul.

La o serie de pacienți sarcina terapeutică poate fi îndeplinită atunci când ei dobândesc accesul la trecutul lor. Astfel vor fi înainte de toate țintite schimbări de comportament care să aibă legătură în primul rând

cu conceptul de sine. La alți pacienți se află în prim-plan nevoia de a renunța la vechile obiceiuri și de a construi alternative noi de comportament, adică funcții care să se raporteze la prezent. Aici vor fi urmărite acele schimbări de comportament care să corespundă practicii sociale a pacientului. Pentru mulți pacienți, viitorul este îndoielnic. Această problemă poate fi considerată a fi o falsă problemă sau o raționalizare, dar pentru mulți pacienți ea constituie o adevărată problemă, care nu ar trebui ignorată de către terapeut sau minimalizată drept atitudine infantilă.

O altă dimensiune de deosebire o constituie mediile: anumite medii sunt favorizate și folosite drept instrumente terapeutice, respectiv drept criterii ale scopului terapeutic. Astfel, diferitele direcții terapeutice acordă o importanță diferită mediilor capacității de cunoaștere, mijloacelor simțurilor, ale rațiunii, tradiției și intuiției, sau le operaționalizează în moduri diferite. În psihanaliză, intuiția/fantezia apare în legătură cu asocierea liberă, în terapia comportamentală drept capacitate de imaginație în legătură cu vizualizarea situațiilor conflictuale în desensibilizarea sistematică. Mediile capacității de iubire, Eul, Tu-ul, Noi-ul și Noi-ul originar sunt abordate din perspectiva fundalului întrebării esențiale cu privire la esența nevrozei. Favorizarea anumitor medii influențează demersul terapeutic, hotărăște dacă trebuie realizată o terapie individuală sau una de grup și ce scop terapeutic poate fi atins: „sfera neconflictuală a Eului“, „capacitatea de a găsi drumul către Tu“, „a deveni apt pentru grup sau pentru societate“, „a găsi un răspuns satisfăcător legat de sensul sau măcar de misiunea vieții“.

O altă dimensiune în care se deosebesc diferitele forme ale psihoterapiei apare în luarea în considerare, de cele mai multe ori tacită, a capacităților actuale. Clarificarea capacităților actuale se poate realiza pur întâmplător și totuși să introducă o schimbare de atitudine și de comportament. Acesta este cazul formelor clasice de psihoterapie, când sunt tematizate capacitățile corespunzătoare legate de interpretări, asocieri și enunțuri spontane.

În continuare, conceptul terapeutic poate ține cont de anumite capacități actuale, încercând prelucrarea lor. De exemplu, în psihanaliză este analizată dezoltarea sexuală, apoi comportamentul legat de chibzuință sau punctualitatea, în măsura în care acestea au legătură cu relația pacientului față de terapie. Psihologia individuală, pentru a oferi un alt exemplu, scoate în evidență, prin tema „sentiment de comuniune socială“ capacitatea actuală „contact“, prin tema „rivalitate“ capacitățile actuale „dreptate“, „model“ și „performanță“. Cu alte cuvinte: anumite capacități actuale sunt, datorită conceptului terapeutic, preexistente și pot avea importanță în fiecare caz în parte sau nu. Chiar

dacă în dialogul terapeutic răsună alte capacități actuale, numai anumite capacități actuale vor fi luate în considerare din punct de vedere teoretic, putând fi analizate în cadrul sistemului teoretic preexistent, de exemplu „chibzuința“ pacientului în raport cu faza anală din psihanaliză.

Capacitățile actuale sunt abordate și în funcție de simptomatologia prezentă în fiecare caz în parte. În cazul unui pacient inhibat din punct de vedere social și care nu se poate impune, tema „politețe–sinceritate“ va fi analizată în terapia comportamentală cu ajutorul trainingului de afirmare a propriei personalități. În principiu, pot fi cuprinse toate capacitățile actuale, dacă ele posedă deja caracter de simptom și sunt astfel încărcate negativ. *Trăsăturile pozitive ale pacientului, care constituie în analiza diferențială punctul de plecare pentru terapie, rămân în afara câmpului vizual.*

Analiza diferențială nu se consideră o metodă printre celelalte. Mai degrabă, ea oferă un instrumentar cu care pot fi cercetate metodele potrivite pentru fiecare caz în parte și felul în care aceste metode se pot schimba între ele. *Analiza diferențială reprezintă așadar o metateorie a psihoterapiilor.* Prin aceasta noi nu înțelegem psihoterapia numai ca metodă fixă, utilizată numai în cazul anumitor simptome, ci în același timp și ca reacție la condițiile colective, transculturale și sociale existente.

Terapia analitico-diferențială de scurtă durată

Situația actuală necesită dezvoltarea de metode care să fie în același timp atât economice, cât și eficiente. În afara chestiunii tehnice privind procedura psihoterapeutică, importantă este și chestiunea legată de conținut, precum și cea referitoare la criteriile după care este descris și prelucrat conflictul existent.

Cerința unei terapii de scurtă durată câștigă din ce în ce mai mult în importanță. Firește, concepția conform căreia și în psihoterapie tot ce e scurt are mai mult farmec pare a fi problematică. În spatele ei se ascunde, așa cum Freud nu pe nedrept presupunea, un soi de nerăbdare terapeutică, care subordonează liniile directoare ale terapiei principiilor de performanță socială (S. Freud, „Analiza sfârșită și nesfârșită“, 1937). Ca viziune, în spatele acestei perspective se află probabil imaginea de groază a psihoterapiei ca activitate desfășurată pe bandă rulantă. Desigur, nu numai orientarea societății, ci și trebuința vitală a pacientului necesită o terapie care să nu se piardă în veșnicie. Atunci când S. Freud scrie „Încep să înțeleg faptul că aparenta interminabilitate a curei este ceva legitim, ține de transfer și conține un final asimp-

totic al curei", și atunci când privește finalul asimptotic al curei cu sentimente amestecate, atunci apare și pretenția referitoare la un soi de perfecționism terapeutic. Se manifestă aici o idealizare a „sănătății", după ale cărei proporții rigide nici un om nu poate fi de fapt considerat sănătos.

În locul idealului sănătății absolute, în analiza diferențială există capacitatea de a învinge problemele și conflictele interne și externe apărute. *Sănătos nu este cel care nu are probleme, ci cel care este în stare să se descurce cu ele.* Psihoterapia nu este de altfel singurul instrument al tratamentului. În sens analitico-diferențial, ea constituie mai degrabă locul-cheie de înlăturare al conflictelor apărute, de mijlocire a posibilităților specifice și universale de rezolvare a problemelor și de crearea unor capacități eficiente de autoajutorare. Un individ care nu este capabil de angoase, tristețe, depresii sau obsesii ocazionale nu este un individ ideal, ci unul pierdut din punctul de vedere al acestor posibilități de dezvoltare. Atunci când S. Freud bănuia, în lucrarea sa despre analiza sfârșită și nesfârșită, că în spatele străduințelor de a scurta durata analizei se află „un rest al acelei desconsiderări nerăbdătoare, cu care medicina dintr-o perioadă anterioară cerceta nevrozele" (1937, p. 375), concepția sa devine astfel extrem de problematică și îndoielnică. Pentru terapeut, terapia poate fi pe deplin un ritual, căruia el este pregătit să îi sacrifice nesfârșit de multă răbdare, dar numai în cazuri rare acest lucru este valabil și pentru pacient, care își cere dreptul la sănătate în schimbul purității ritualului.

Tratamentul analitico-diferențial este conform structurii sale o terapie de scurtă durată, centrată pe conflict, tematic și orientată pe conținut. Tocmai această orientare pe conținut — în opoziție cu metoda dinamică uneori destul de nespecifică — mijlocește o prelucrare țintită a conflictelor de bază și a simptomatologiei dezvoltate din ele, așa cum am putut vedea în cazul relatat al doamnei Ute S. *Terapia analitico-diferențială de scurtă durată este universală,* pentru că ea poate ține seama de specificitățile fiecărui caz în parte și poate utiliza țintit metode speciale în interiorul cadrului analitico-diferențial. *Astfel, metoda analitico-diferențială poate trata eficient un spectru relativ mare de tulburări și conflicte pihosociale.*

Datorită demersului său bidimensional — dinamic și de conținut — analiza diferențială este în măsură să descrie probleme transculturale, pe care un model orientat numai dinamic le-ar trece cu vederea. Caracteristicile structurale, precum reglementările legate de învățare și de psihodinamică, sunt completate prin modele de norme socioculturale legate de evaluările specifice grupurilor culturale și individului. Problematica transculturală în general se reflectă în interiorul unei singure societăți în raport cu straturile și clasele ei sociale. Prin faptul că nu favorizează anumite evaluări, care corespund în mare parte pretențiilor unei clase sociale dominante, *analiza diferențială este în măsură să trateze toți pacienții, indiferent de originea lor socială.*

Aparatul conceptual folosit în analiza diferențială, în special capacitățile actuale, vine în întâmpinarea stilurilor și obiceiurilor verbale utilizate de diferitele straturi sociale. Fiecare individ, indiferent dacă vorbește limba păturii de jos sau a celei mijlocii, știe ce este *punctualitatea.* Semnificația pe care o dobândește ea în cazurile deosebite trebuie clarificată de către terapeut împreună cu pacientul. Psihoterapia analitico-diferențială nu este totuși numai o terapie de scurtă durată, cumva comparabilă cu folosirea penicilinei în timpul unei infecții. Ea are mai degrabă și ceva din analiza nesfârșită a lui Freud, firește nu în sensul unei prelucrări nesfârșite a unui trecut sfârșit, ci într-un sens puțin modificat: pacientul, însuflețit, condus și controlat prin psihoterapia analitico-diferențială, percepe în mod conștient posibilitățile de autoajutorare pentru sine însuși și pentru mediul său, prelungindu-și astfel într-o anumită măsură psihoterapia la infinit.

Această expansiune a psihoterapiei constituie un prim pas către obiectivul de a face ca psihoterapia să devină inutilă.

Analiza diferențială și alte teorii

În cele ce urmează ne vom ocupa de anumite aspecte legate de relația dintre analiza diferențială și alte direcții psihoterapeutice. Din nenumăratele direcții terapeutice, noi vom alege unele care caracterizează în momentul de față tabloul psihoterapiei, cel puțin în țările unde se vorbește limba germană. Pentru a favoriza o privire de ansamblu, am cuprins unele trăsături esențiale de bază ale acestor direcții psihoterapeutice, care trebuie să servească aici înainte de toate drept ajutor orientativ. În acest context, noi ne-am propus mai puțin să scoatem în evidență diferențele dintre analiza diferențială și celelalte terapii și forme de tratament. Atunci când prezentăm diferențele, o facem cu scopul de a indica direcția unei posibile colaborări constructive. Această colaborare se poate desfășura în două moduri: prin preluarea în planul de tratament analitico-diferențial a unor elemente terapeutice favorabile și prin aplicarea de elemente analitico-diferențiale în cadrul altor metode psihoterapeutice. Desigur, această perspectivă presupune o anumită distanțare de dogmatismul psihoterapeutic.

1. Analiza diferențială și psihanaliza

Teoria psihanalizei

S. Freud, întemeietorul psihanalizei, a pornit de la premisa că experiențele timpurii ale vieții sunt cele care influențează în mare parte construcția personalității și că ceea ce trăiește un om după terminarea copilăriei sale nu îi mai modifică deloc structura personalității. Însă trăirile ulterioare pot readuce la viață conflicte anterioare. La baza fiecărei acțiuni se află dorința de a obține plăcerea și de a evita neplăcerea. La începutul vieții sale, omul aspiră către obținerea de plăcere, fără a ține seama de consecințe. El este determinat de principiul plăcerii, căruia îi corespunde Se-ul, originea tuturor dorințelor instinctuale, în principiu de natură sexuală. Cu timpul, el se orientează din ce în ce mai mult după factorii realității, concentrați abstract în principiul realității. Sarcina adaptării la realitate, a planificării și a controlului îi revine Eului. Comportamentul copilului mai mare și cel al adultului se formează prin intermediul conștiinței morale, prin Supraeu, dobândit de-a lungul adaptării infantile la modele de comportament existente.

Conform teoriei psihanalitice, originea nevrozei are caracter supraindividual. Freud credea că nucleul tuturor nevrozelor este complexul Oedip, apărut din dorința sexuală față de părintele de sex opus și din frica de pedeapsă (angoasa de castrare). „Complexul Oedip constituie atât punctul culminant normal al dezvoltării sexuale infantile, cât și baza tuturor nevrozelor“ (O. Fenichel, 1945, p. 108). Teoria psihanalitică aspiră către conștientizarea conținuturilor inconștiente reprimate. Metoda ei este asocierea liberă; pacientul este provocat să îi împărtășească analistului tot ceea ce îi trece prin cap. Apoi analistul analizează și interpretează materialul, până când, atât lui, cât și pacientului, le devine clară relația psihologică dintre evenimentele din trecut și problematica actuală a pacientului.

Posibilități de traducere

Sistemul conceptual psihanalitic poate fi tradus în conceptele analizei diferențiale și invers. Chiar dacă în aceste traduceri rămâne un rest, care nu poate fi explicat decât prin sistemul teoretic corespunzător, o astfel de traducere ajută la vederea unor fenomene cunoscute dintr-o perspectivă nouă. Ne vom limita la anumite exemple pregnante, stimulând astfel transferul asupra altor concepte.

Supraeu

Psihanaliză: Supraeul corespunde, în mod general, conștiinței. Dar spre deosebire de aceasta, Supraeul este adesea în mare parte sau complet inconștient. El își are originea în imaginile interiorizate ale aspectelor morale ale părinților din perioada primei copilării (după Brenner, 1967).

Analiza diferențială: Supraeul, ca loc al reprezentării psihice al normelor psihosociale, se raportează din punctul de vedere al conținutului la modelul capacităților actuale, care influențează comportamentul și percepțiile noastre. Nu mai vorbim deci despre Supraeu la modul general, ci despre elementele la care acesta se raportează: la ordine, punctualitate, sinceritate, fidelitate, hărnicie, chibzuință etc.

Identificare

Psihanaliză: „Deplasarea proceselor psihice condiționate instinctual (energiile libidinale și agresive) către scopuri și obiecte neinstinctuale în mod primar (ca de exemplu în cazul activității artistice și al celei intelectuale creatoare)“ (S. Goeppert, 1976, p. 229).

Analiza diferențială: Vor fi preluate anumite roluri și aspecte comportamentale care pot fi descrise cu ajutorul capacităților actuale. Te identifici de exemplu cu ordinea mamei, respingi însă viziunea ei legată de punctualitate.

Sublimare

Psihanaliză: Transformarea impulsurilor primare de natură procesuală în manifestări de comportament cu o mai înaltă valorizare socială (după S. Freud, 1941).

Analiza diferențială: conceptul sublimării conține o măsură a faptului referitor la care dintre comportamente sunt mai bine și care mai puțin bine evaluate din punct de vedere cultural. Această măsură nu este absolută, ci dependentă de sistemul cultural de referință. Sublimarea semnifică, în principiu, o diferențiere crescută a capacităților de bază și a celor actuale.

Regresie

Psihanaliză: Întoarcerea de la un nivel genetic ulterior la o treaptă de dezvoltare genetic anterioară, ca urmare a unei frustrări puternice (după F. Fanai, 1972).

Analiza diferențială: comportamentul caracteristic unui stadiu de dezvoltare atins trebuie descris la fel ca și regresia care pleacă din el, existentă în cadrul sistemului psihosocial de valori. Reîntoarcerea la sexualitatea autoerotică poate fi considerată în acest sens o caracteristică pozitivă a sexualității, a mijloacelor simțurilor și a relației cu Eul, în timp ce în privința contactului și a relației cu Tu-ul există un deficit.

Sexualitate

Psihanaliză: Sexualitatea (libidoul) reprezintă pentru psihanaliză un fenomen de bază și, ca instinct, una dintre sursele esențiale ale energiei umane. Tulburările de libido se manifestă printr-o varietate de simptome psihice și psihosomatice. Sexualitatea nu se raportează numai la organele genitale, ci la zonele aflate în centrul perceperii plăcerii și al satisfacției din fiecare treaptă de dezvoltare.

Analiza diferențială: Sexualitatea este una dintre capacitățile actuale. Ea poate fi atât fenomen de bază, cât și epifenomen; în acest sens, tulburările ei pot fi privite atât drept cauze ale conflictelor, cât și drept consecințe ale altor conflicte. Astfel, sexualitatea nu este numai instinct, ci, în conturarea ei, și comportament învățat. Dacă ne întrebăm ce factori modelează sexualitatea, atingem domeniul învățării sociale, al capacităților actuale și al mediilor capacităților de bază, de ex. tulburare sexuală apărută din cauza unei pretenții exagerate de punctualitate sau în relație cu o motivație accentuată legată de performanță. Din punct de vedere analitico-diferențial, noi deosebim între: sex–sexualitate și iubire.

Invidie de penis

Psihanaliză: Angoasei de castrare a băiatului îi corespunde, în cazul fetei, sentimentul de umilire, căci ea observă că îi lipsește penisul. În urma acestei descoperiri fetița dezvoltă sentimente de rușine, de inferioritate și de gelozie, precum și dispreț față de mamă, care a permis ca ea să se nască fără penis (după Brenner, 1967).

Analiza diferențială: Există două conflicte-cheie care joacă un rol în ceea ce este denumit drept invidie de penis: neînțelegerea bărbat-femeie, căci nu se presupune obligatoriu, de la sine înțeles și fără existența unor valorizări condiționate cultural, că posedarea unui penis ar reprezenta un avantaj. Pe de altă parte, apare aici o problematică a dreptății, caz în care rolul de sex se află în legătură cu o nedreptate trăită ca atare, care blochează relația cu unicitatea individuală.

Sadism — Masochism

Psihanaliză: Obținerea de plăcere sexuală prin provocarea sau suportarea durerilor și a umilințelor (după Freud).

Analiza diferențială: Nu se raportează numai la sexualitate, ci pot apărea și în legătură cu anumite capacități actuale. Exemplu: tendința de a fi nepunctual și atragerea de confirmare din pedeapsa primită pentru nepunctualitate.

Acte ratate

Psihnaliză: Intenția de a-și aminti, de a face, de a spune un anumit lucru este tulburată de o contraintenție de cele mai multe ori de natură inconștientă.

Analiza diferențială: Din punctul de vedere al conținutului există mai multe cauze pentru actele ratate. Una dintre ele este relația dintre politețe și sinceritate: conceptul politicos este tulburat de un impuls agresiv, sincer.

Critică și colaborare:

Am subliniat deja mai devreme câteva aspecte critice vizavi de psihanaliză. Printre acestea, înainte de toate intră critica față de imaginea psihanalitică asupra individului, care este pus în mod biologizant pe același palier cu animalul și care pretinde reprimarea dorințelor instinctuale periculoase. Psihanaliza susține ipoteza că adultul nu mai este influențat în mod remarcabil de către mediul său social: „Numai în faza copilăriei și a tinereții, atâta timp cât organizarea psihică și în special structura Eului nu sunt încă diferențiate și stabile, se răsfrânge schimbul cu realitatea externă mai mult sau mai puțin semnificativ asupra constituției individului“ (H.E. Richter, 1975).

În fața acestei concepții, analiza diferențială susține ipoteza că influențele de mediu se răsfrâng continuu asupra individului și, în sensul microtraumelor, că trăirile anterioare formează cadrul de referință pentru cele ulterioare, nu numai copilăria primară, ci fiecare etapă de dezvoltare în parte având propriile ei efecte psihologice. Această ipoteză poate fi înțeleasă abia prin intermediul aspectului legat de conținut, pe care psihanaliza îl ia în considerare doar marginal.

„Se“-ul psihanalizei apare în cadrul analizei diferențiale în categoriile corpului și mijloacelor simțurilor, aici nefiind luată în considerare numai perspectiva dinamică asupra impulsurilor, ci și funcțiile fizice și corpul ca bază organică a comportamentului.

„Supraeul“ este descris în conținutul său prin intermediul normelor psihosociale și al capacităților actuale. În acest context, capacitățile actuale capătă mai multe semnificații: pe de o parte sunt reguli sociale de comportament, pe de altă parte constituie normele eficiente în grupurile primare, unitățile de măsură și obiectivele interiorizate de către individ și, în cele din urmă, capacitățile existente în fiecare individ.

„Eul“ capătă, în mod corespunzător, o sarcină dublă în analiza diferențială: el nu mijlocește numai între cerințele sociale reprimate și impulsurile individuale, ci devine în același timp locul unde se manifestă capacitățile. Funcția de testare a realității se află într-o strânsă legătură cu capacitatea specific umană, care structurează și integrează

în percepție și în comportament categoriile dimensiunilor legate de trecut, prezent și viitor.

Confruntarea dintre propriile nevoi și cerințele mediului extern se desfășoară în cadrul normelor psihosociale (capacitățile actuale), care își dezvoltă propria istorie în interiorul organizării psihice a individului. Astfel, analiza diferențială scoate în evidență în mod direct concepte legate de comportamentul social. Pentru psihoterapia analitico-diferențială reiese din aceasta că: spre deosebire de direcțiile psihanalitice clasice, care încearcă să regăsească în relația terapeut-pacient situația infantilă părinți-copil și care consideră celelalte influențe ale mediului extern mai degrabă variabile care tulbură, demersul analitico-diferențial ia în considerare în mod special realitatea socială a pacientului.

Astfel devine inteligibil demersul analitico-diferențial, compus din trei elemente: educație–autoajutor–psihoterapie.

În analiza diferențială sunt cuprinse elemente analitice evidente, în special în treapa a doua, a inventarierii, care ia în considerare conflictul de bază, și în cea de-a patra, a verbalizării, care permite și din punct de vedere tehnic asocierea liberă și interpretarea semnificațiilor de către terapeut. Invers, aspectele analitico-diferențiale pot fi integrate în psihanaliză. Înainte de toate aici intră demersul legat de conținut, orientat către capacitățile actuale. Acest demers focalizat, condus prin intermediul capacităților actuale, facilitează o distribuție a factorilor dinamici esențiali în psihanaliză, precum mecanismele de transfer, de regresie și de rezistențe.

Ca exemplu pentru aspectele analitico-diferențiale existente în psihanaliză noi am ales un caz al psihanalistei neofreudiene Karen Horney, care îi corespunde în arii extinse cazului Ute S. Pacienta Clare a realizat, sub îndrumarea lui Horney, o autoanaliză:

> „După mai multe luni de nu prea bogate străduințe în realizarea unei autoanalize, Clare se trezește într-o dimineață de duminică foarte enervată pe un autor care nu se ținuse de promisiunea de a-i trimite un articol la redacția revistei pe care ea o edita. Era de nesuportat că oamenii puteau fi atât de neserioși. La scurt timp i se păru că starea ei de enervare era exagerată față de situația propriu-zisă. Întreaga întâmplare nu era totuși într-atât de importantă încât să o trezească la ora cinci dimineața. Simpla recunoaștere a discrepanței existente între starea ei de enervare și evenimentul pretins o făcu să realizeze adevărata cauză a enervării ei. De fapt, adevărata cauză era legată tot de neseriozitate, dar era legată de o chestiune care îi stătea mai mult pe inimă. Prietenul ei, Peter, care fusese plecat în interes de serviciu, nu se întorsese în weekend, așa cum îi promisese. La drept vorbind, el nu făcuse o promisiune certă în acest sens, dar spusese că probabil se va întoarce duminică. El niciodată nu era precis și clar cu ceva, își spunea ea; mereu îi dădea speranțe și apoi o dezamăgea. Oboseala pe care o resimțise în ultima noapte și pe care o pusese în seama surmenării la serviciu trebuie să fi fost de fapt o reacție la dezamăgirea ei. Refuzase o invitație la cină, pentru că sperase să își petreacă seara cu Peter și, văzând că el nu apare, se dusese la cinema. Nu putea să stabilească niciodată cu el o întâlnire, pentru că Peter detesta astfel de întâlniri fixate dinainte. Urmarea era că ea își păstra câte seri libere putea, chinuindu-se mereu cu gândul dacă el vrea sau nu să fie împreună cu ea.“ (Karen Horney, Selbstanalyse, pp. 144–154)

Analiza era îndreptată către angoasele pacientei legate de despărțirea cauzată de pierderea obiectului, către nevoia ei infantilă de ocrotire și către dependența ei emoțională. Aceste teme au fost prelucrate într-o terapie de patru ani, cu ajutorul viselor și al asocierilor.

Numai în textul citat aici se regăsesc o serie de indicii privitoare la capacități actuale încărcate conflictual, precum seriozitatea, punctualitatea, încrederea, speranța, contactul și timpul. În locul angoasei de separare, în analiza diferențială apar capacitățile actuale în care se realizează tocmai această angoasă legată de despărțire. În acest caz era vorba mai ales de atitudinea de așteptare pasivă a pacientei vizavi de seriozitate și punctualitate. Și numai traducerea angoasei de separare în conceptele capacităților actuale oferă noi posibilități terapeutice care, așa cum am schițat în cazul doamnei Ute S., pot oferi o ieșire din caruselul conflictului.

2. Analiza diferențială și terapia comportamentală

Teoria terapiei comportamentale

Terapia comportamentală se bazează pe teoria învățării, conform căreia comportamentul este învățat în sensul unui model stimul (S)–reacție (R). Această teorie a fost verificată și confirmată printr-o serie de experimente științifice. Terapia comportamentală vede simptomele drept reacții neadaptate și le percepe drept dovadă a unei învățări greșite. Vindecarea se realizează prin tratarea simptomului, adică prin ștergerea reacțiilor neadaptate și construirea unor reacții condiționate dorite. Tratarea simptomelor duce, conform lui Eysenck (Eysenck și Rachmann, 1967), la însănătoșiri de durată, cu condiția să fie eliminate atât reflexele vegetative, cât și cele condiționate ale aparatului de mișcare.

Teoria învățării nu îi atribuie nevrozei nici o cauză „inconștientă“, ci consideră simptomele nevrotice pur și simplu drept obișnuințe învățate. „Nu există nici o nevroză care să fie baza unui siptom, ci numai simptomul însuși. Dacă este îndepărtat simptomul, nevroza dispare“

(p. 20). Dezvoltarea de conduite comportamentale dezirabile din punct de vedere social este pusă în seama unui proces de formare a unor reflexe condiționate (Mowrer, 1950). Conform acestuia, conduitele indezirabile sunt imediat pedepsite și stabilite reacții condiționate. „Astfel se dezvoltă la copilul în creștere, prin intermediul reacțiilor condiționate, un întreg sistem moral, care poate lua în cele din urmă forma unei «conștiințe».“ (Eysenck și Rachmann, 1967).

Posibilități de traducere

Comportament dezirabil și indezirabil

Terapia comportamentală: Ceea ce se numește comportament social dezirabil sau indezirabil constituie ipoteza de la care pleacă terapia comportamentală. Consensul social, viziunile părinților sau ale profesorilor sunt criteriile după care este șters comportamentul indezirabil și format apoi unul dezirabil.

Analiza diferențială: Dificultățile de interacțiune nu vor fi lăsate în sfera formală („conduite indezirabile de comportament“), ci vor fi concretizate din punct de vedere al conținutului în forma capacităților secundare și primare, urmând ca apoi să fie sistematizate în inventarul analitico-diferențial“ (H. Deidenbach, 1975).

Pedeapsa

Terapia comportamentală: Pedeapsa este o metodă de control al comportamentului. Ea reprezintă procedura prin care unui stimul aversiv îi este oferită contingent o reacție (după Christoph-Lemke, 1974).

Analiza diferențială: Structura de bază a pedepsei și a recompensei o constituie relația dintre dreptate și iubire. Pedeapsa, recompensa urmează după norme sociale de grup și individuale existente, privitoare la performanțele dovedite, descrise prin intermediul capacităților actuale: „Când am furat odată bani, tata m-a încuiat pentru trei zile în casă“.

Extraversie–introversie

Terapia comportamentală: Extraversia–introversia descrie, conform lui Eysenck, pe lângă nevrotism, o dimensiune esențială a personalității. Extravertul tipic este deschis din punct de vedere social, îi plac reuniunile, are mulți prieteni etc. Introvertul tipic este liniștit, retras, tinde către introspecție și iubește cărțile mai mult decât oamenii.

Analiza diferențială: În mediul tipului extravert există o puternică prețuire a Noi-ului și a sincerității. Introvertul, dimpotrivă, pare să accentueze mai degrabă domeniul hărniciei/performanței, relația cu un Tu impersonal și politețea.

Trainingul de autoafirmare

Terapia comportamentală: Trainingul de autoafirmare, dezvoltat de către Salter în 1950, pleacă de la premisa că toate problemele nevrotice își au baza într-o inhibiție exagerată. De aceea scopul terapiei trebuie să fie acela de a ridica nivelul de excitabilitate al pacientului. Ca exemplu concludent în acest sens, Salter prezintă pacienți inhibați, alcoolici, care ei înșiși se percep ca fiind timizi, sensibili la critică și care se supără din cauza experiențelor umilitoare. Lor li se potrivește trainingul de autoafirmare (după Eysenck, 1967).

Analiza diferențială: Autoafirmarea se referă la relația dintre politețe și sinceritate. Politețea semnifică aici comportamentul inhibat, în special din punctul de vedere al agresivității, aflat în calea unei autoafirmări sincere, deci a ține cont în mod exagerat de ceilalți, dând la o parte propriile interese, și modestie. În timp ce în cazul trainingului de autoafirmare centrul de greutate este plasat pe sinceritate, în trainingul de politețe–sinceritate, pacientul învață să integreze ambele capacități actuale într-o manieră satisfăcătoare pentru el. Politețea–sinceritatea se raportează, în calitatea lor de conflicte-cheie, din nou la alte capacități actuale: „Nu am avut curajul să îi spun că nu îmi place faptul că telefonează internațional de pe telefonul meu“ (politețe, sinceritate, chibzuință).

Critică și colaborare:

Se poate observa faptul că succesele favorabile ale terapiei comportamentale sunt atribuite în special pacienților cu simptome izolate, de exemplu cei cu anumite angoase. Acest demers care constă în îndreptarea metodei terapeutice direct către simptom garantează, într-o anumită măsură, un control exact în ceea ce privește succesul terapiei, dar apar în mod inevitabil dificultăți atunci când este vorba despre o simptomatologie complexă, când simptomele sunt într-atât de dependente unul de celălalt, încât cu greu este posibilă separarea lor individuală, și atunci când tabloul simptomatic apare difuz și nediferențiat, astfel încât, după toate aparențele, nu există nici o posibilitate de intervenție pentru a obține schimbări comportamentale țintite (Gelder și Marks, 1966, 1969; Lazarus, 1963; Meyer și Chesser, 1971). Astfel de caracteristici psihologice se întâlnesc de pildă în angoasele complexe ale pacienților cu depresii și boli psihosomatice. Terapia comportamentală nu dispune de nici un fel de posibilități sistematice de tratare în cazul frigidității situative, care apare la unii bărbați, adesea la cei căsătoriți, ca urmare a unei lipse de reacție. Wolpe (1972) exprimă această dificultate într-o manieră îmbucurător de sinceră: „Într-un asemenea caz“, scrie el, „nu știu ce e de făcut“. Un astfel de caz ar fi, dimpotrivă, un „caz de paradă“ pentru analiza diferențială. Evoluția mai recentă a terapiei comportamentale include în ceea ce privește aceste dificultăți din ce în ce mai multe tehnici cognitive.

Demersul terapeutic comportamental se dovedește a fi relativ îngust, căci evită să ia în considerare asemenea dimensiuni ale personalității umane, care par a se sustrage unei obiectivizări și raționalizări.

Elemente terapeutice comportamentale sunt întâlnite în special în cea de-a treia treaptă a planului de tratament analitico-diferențial, cea a încurajării situative. Aici, sunt declanșate, pe lângă funcțiile legate de

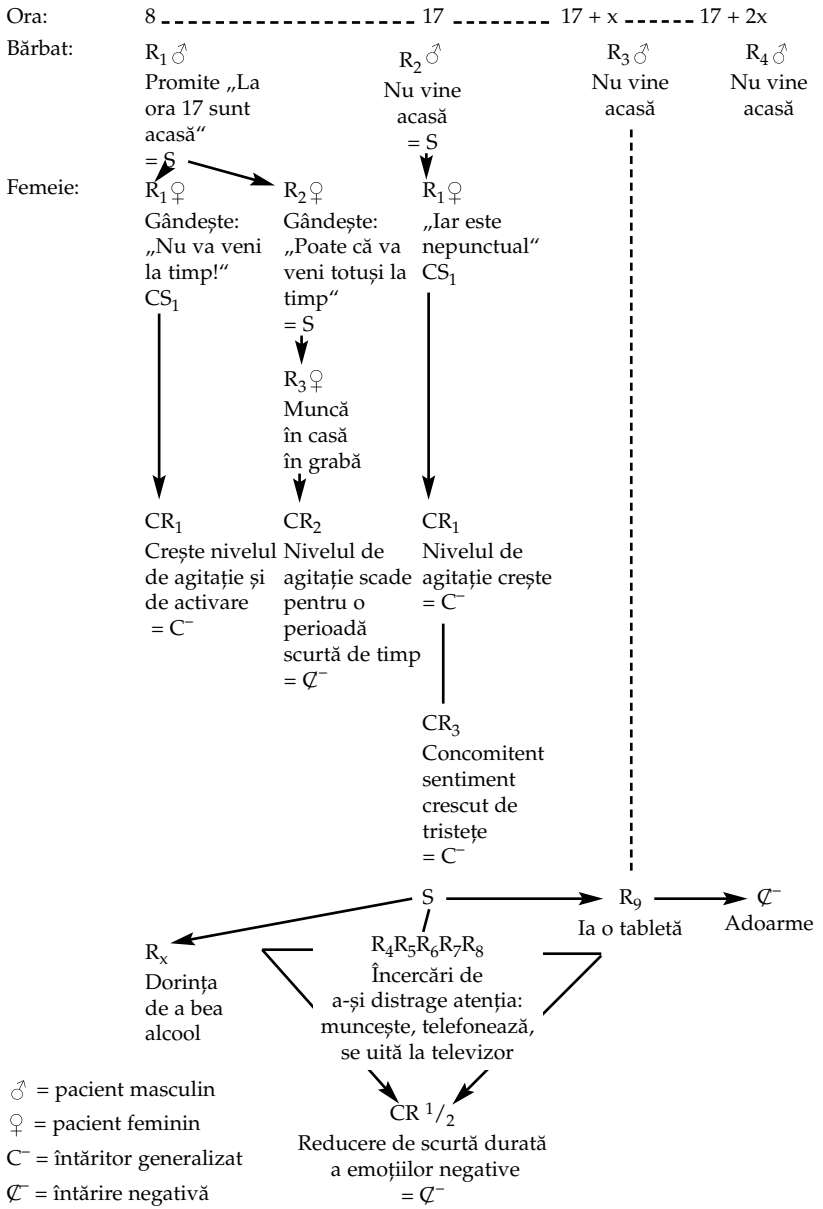
schimbarea atitudinii, și procese care țin de învățarea teoretică. Momente asemănătoare pot fi identificate și în metodele valorilor lui Este și Trebuie, în planul zilnic și în procedeele legate de reducerea angoaselor.

Pe de altă parte, analiza diferențială poate fi aplicată și din punctul de vedere al terapiei comportamentale. „În special în cazul tratării conflictelor de cuplu va fi de bun augur o colaborare cu terapia comportamentală“ (L. Süllwold, 1975). Se oferă aici două posibilități: O accentuare mai puternică a proceselor nespecifice, îndreptate către atașamentul dintre terapeut și pacient, și luarea în considerare a categoriilor comportamentale care pot cuprinde și situații mai complexe și care sunt potrivite diagnosticării unui spectru comportamental mai extins. Un ajutor în acest sens îl poate oferi IAD-ul, prin intermediul căruia pot fi decodificate și tablouri clinice mai complexe. Desigur, premisa este ca terapia comportamentală să nu se fixeze numai la un comportament simptomatologic singular, ci să fie pregătită să accepte constructe ipotetice la un nivel mediu de abstractizare, așa cum sunt capacitățile actuale.

În cazul doamnei Ute S. a fost aplicat, în legătură cu simptomatologia de angoasă, care reprezenta numai o parte a unui complex simptomatologic mai complex, un procedeu specific terapiei comportamentale, modificat totuși conform teoriei analitico-diferențiale: tehnica desensibilizării sistematice. Ea are ca scop construirea în relația terapeutică a unor condiții prin care pacientul să poată fi confruntat cu anumite situații generatoare de stimuli care îi provoacă sentimentul de angoasă, fără a apărea reacții de angoasă semnificative (Wengele, 1974). Se încearcă obținerea acestui efect din două părți, și anume printr-o alegere atent ierahizată a stimulilor care generează angoasa, așa-numita ierarhie a angoasei. În același timp este solicitată disponibilitatea pacientului de reducere a angoasei, prin intermediul tehnicilor de relaxare. Acest lucru se desfășoară astfel: pacientul aflat într-o situație angoasantă, fie ea reală sau imaginară, este confruntat cu ea, iar apoi excitația apărută este din nou estompată cu ajutorul relaxării progresive a lui Jakobson (1938). Astfel va fi treptat diminuată disponibilitatea de angoasă. Premisa este ca pacientul să fie confruntat treptat cu situațiile generatoare de angoasă ale unei cauze angoasante.

Analiza diferențială nu stabilește o ierarhie generală a angoasei, ci una corespunzătoare fiecărei situații conflictuale specifice, denumită apoi „ierarhie a punctualității“, „ierarhie a chibzuinței“, „ierarhie a politeții“ etc. Legătura conflictuală existentă va fi decodificată printr-o analiză funcțională stimul (S) — reacție (R). Stimulul condiționat (SC) și reacția condiționată (RC) semnifică stimuli și reacții învățate. Rezultă astfel, în cazul comportamentului de nepunctualitate al soțului și al așteptării de punctualitate a doamnei Ute S.,următoarea imagine:

Fragment din analiza funcțională (lanț comportamental generalizat)


Ora:
8
17
17 + x
17 + 2x
Bărbat:
R1 ♂ Promite „La ora 17 sunt acasă“ = S
R2 ♂ Nu vine acasă = S
R3 ♂ Nu vine acasă
R4 ♂ Nu vine acasă
Femeie:
R1♀ Gândește: „Nu va veni la timp!“ CS1
R2♀ Gândește: „Poate că va veni totuși la timp“ = S
R1♀ „Iar este nepunctual“ CS1
R3♀ Muncă în casă în grabă
CR1 Crește nivelul de agitație și de activare = C⁻
CR2 Nivelul de agitație scade pentru o perioadă scurtă de timp = Ȼ⁻
CR1 Nivelul de agitație crește = C⁻
CR3 Concomitent sentiment crescut de tristețe = C⁻
S
R9 Ia o tabletă
Ȼ⁻ Adoarme
Rx Dorința de a bea alcool
R4R5R6R7R8 Încercări de a-și distrage atenția: muncește, telefonează, se uită la televizor
CR 1/2 Reducere de scurtă durată a emoțiilor negative = Ȼ⁻
♂ = pacient masculin
♀ = pacient feminin
C⁻ = întăritor generalizat
Ȼ⁻ = întărire negativă

De aici rezultă următoarele metode terapeutice comportamentale:

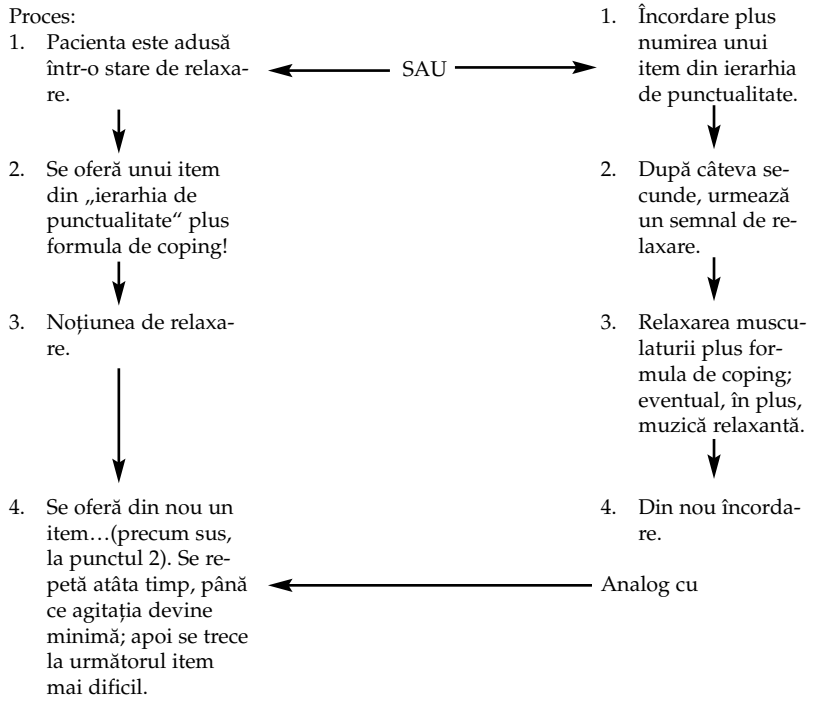
Posibilități terapeutice

Variabila R_1 masculin. Comportamentul verbal al bărbatului trebuie modificat:

„Ajung acasă între orele…!“

Funcția SC_1 -> $RC_{½}$ trebuie întreruptă prin *training de relaxare și ierarhie a punctualității* (desensibilizare, coping).

Variabila R1 feminin trebuie modificată: „Aștept să văd dacă e cât de cât punctual!“; sau altfel formulat: *Copingul* ca scop al schimbării de atitudine.


Proces:
1. Pacienta este adusă într-o stare de relaxare.
2. Se oferă unui item din „ierarhia de punctualitate“ plus formula de coping!
3. Noțiunea de relaxare.
4. Se oferă din nou un item…(precum sus, la punctul 2). Se repetă atâta timp, până ce agitația devine minimă; apoi se trece la următorul item mai dificil.
SAU
1. Încordare plus numirea unui item din ierarhia de punctualitate.
2. După câteva secunde, urmează un semnal de relaxare.
3. Relaxarea musculaturii plus formula de coping; eventual, în plus, muzică relaxantă.
4. Din nou încordare.
Analog cu

Prima metodă se bazează pe *desensibilizare + coping*

A doua metodă se bazează pe *o formă a tehnicii aversiune–descărcare*

Din „ierarhia punctualității“ au rezultat următoarele situații, ierarhizate după gradul lor generator de angoasă.

Ierarhia punctualității:

1. Încă trei ore și trebuie să apară!
   Probabil că va întârzia din nou!
2. Încă două ore și trebuie să apară!
   Probabil că va întârzia din nou!
3. Încă o oră și trebuie să apară!
   Probabil că va întârzia din nou!
4. De acum ar trebui să pice dintr-un moment într-altul!
5. Deja jumătate de oră întârziere! Oare când va veni?
6. Deja o oră întârziere! Oare când va veni?
7. Deja două ore întârziere! Oare când va veni?
8. Deja trei ore întârziere! Oare când va veni?
9. Deja patru ore întârziere! Oare când va veni?

. .
. .
. .
. .

Formula de coping:

Cu siguranță are încă de lucru. Mă bucur dacă vine (speranță).

În cazul copingului este vorba despre o tehnică de depășire a angoasei, în care pacientul întâlnește stimulul generator de angoasă în mod activ, pentru a-și rezolva problema (reinterpretare cognitivă a stimulilor generatori de angoasă).

3. Analiza diferențială și psihologia individuală

Teoria psihologiei individuale

Psihologia individuală, dezvoltată de Alfred Adler (1920), scoate în evidență trei mari teme ale dezvoltării personalității: aspirația către superioritate, înfrânarea ei, complexul de inferioritate, combaterea lui și în cele din urmă sentimentul de comuniune socială și piedicile apărute în calea formării sale (1930). După părerea lui Adler, în cazul fiecărui om poate fi stabilită o linie directoare, așa-numitul „stil de viață“, chiar și atunci când comportamentul superficial poate părea contradictoriu. Conceptul include totalitatea obiceiurilor, atitudinilor și așteptărilor unui individ. Stilul de viață este rezultatul unui proces de formare, în care tendințele biologice ale individului sunt marcate de către experiențele sale avute în relația cu familia și cu societatea.

Posibilități de traducere

Complexul de inferioritate

Psihologia individuală: În psihologia individuală se vorbește despre un sentiment bazat pe o concretă inferioritate organică. În complexul de inferioritate, individul încearcă să compenseze această inferioritate într-o manieră mai mult sau mai puțin fericită.	*Analiza diferențială:* Atunci când A. Adler vorbește de problematica stimei de sine și de sentimentele de inferioritate, el ne adresează următoarea întrebare: Asupra căror domenii ale comportamentului se aplică acest sentiment? Este el un sentiment care revine întregii personalități, sau se orientează după valorizarea anumitor trăsături, generalizate ulterior? Inferioritatea nu este o măsură biologică, ci una psihosocială, dependentă de normele psihosociale și de experiențele acumulate. Ea se manifestă în comparație cu riglele de măsură existente și cu ceilalți indivizi dintr-un grup și se raportează la capacitățile actuale, precum hărnicie/performanță, prestigiu, chibzuință, contact, sexualitate etc.

Aspirația către superioritate

Psihologia individuală: Aspirația către superioritate se află într-o relație directă cu sentimentul de inferioritate, datorită căruia devine posibilă dorința de a se ridica din starea în care persoana în cauză se găsește. Omul este, în esența sa, astfel plăsmuit, încât se poate dezvolta în el aspirația către superioritate (după A. Adler, 1930).	*Analiza diferențială:* Noi întrebăm în ce domeniu s-a dezvoltat aspirația către superioritate: Dorești să fii mai mare sau mai frumos decât ceilalți (sex)? Dorești să ai performanțe mai ridicate (hărnicie/performanță)? Dorești să ai mai mulți bani (chibzuință)? Aspirația către superioritate nu trebuie să fie generală, ci se poate limita la anumite domenii și persoane: să câștigi mai bine decât cumnatul, rivalitate față de membrii de același sex ai grupului, aspirația către superioritate vizavi de anumiți frați etc. Aici se încadrează neînțelegerea dreptate–iubire.

Sentimentul de comuniune socială

Psihologia individuală: Reprezentând opusul aspirației către superioritate, sentimentul de comuniune socială constă în tendința de a se uni cu alte ființe umane, de a îndeplini sarcinile în colaborare și de a se face în general folositor din punct de vedere social (după A. Adler, 1930).	*Analiza diferențială:* Sentimentul de comuniune socială se referă la capacitatea actuală „contact". Ea este modificată după o serie de alți factori, precum valorizarea chibzuinței, a ordinii, a politeții etc. În acest sens, contactul nu include numai raportul cu un Noi de grup, ci și celelalte relații ale capacității de iubire, față de Eu, de Tu, de Noi și de Noi-ul originar.

Critică și colaborare:

Implicarea factorilor sociali și deosebita accentuare a educației (R. Dreikurs și E. Blumenthal, 1974) aduc psihologia individuală în apropierea analizei diferențiale. În convorbirile sale cazuistice (1930), A. Adler numește o serie de capacități actuale, fără a le recunoaște caracterul sistematic. Conceptul său terapeutic se îndreaptă în special către încurajare, care este luată în considerare în psihoterapia analitico-diferențială în cea de-a treia etapă (încurajarea situativă). Deosebirile făcute de Adler în ceea ce privește stilurile de educație, precum răsfățul, severitatea etc. Sunt specificate în continuare în analiza diferențială: asupra căror capacități actuale și medii se aplică răsfățul sau severitatea și în ce forme ale stadiilor de interacțiune se manifestă ele? (de ex. severitatea: deosebire sau detașare?)

4. Analiza diferențială și psihologia analitică

Teoria psihologiei analitice a lui C. G. Jung

C. G. Jung (1921) pleacă de la premisa existenței unei energii psihice generale. Dinamica psihică este caracterizată de opoziții precum conștientul și inconștientul, a gândi, a simți, a percepe, a intui. Fiecare din aceste perechi de opoziții poate fi extravertită sau introvertită. „Persona" conține poziția față de lumea exterioară. Inconștientul este văzut de C. G. Jung drept inconștient colectiv, în care apar tendințe spiritual-religioase. Conținuturile lui sunt arhetipurile, simboluri provenite din straturile profunde ale inconștientului, care se regăsesc și în mituri, vise și basme. Demersul terapeutic aspiră la o extindere a personalității pentru a se ajunge în cele din urmă la o autonomie a personalității (individuație).

Posibilități de traducere

Inconștientul colectiv

Psihologia analitică: Inconștientul colectiv nu are numai o semnificație negativă, amenințătoare, ci el reprezintă și sursa puterii și a formei creatoare. În el sunt conținute toate experiențele trecute și conflictele prin care au trecut oamenii de-a lungul evoluției lor filogenetice, dorințele și înțelepciunea lor.	*Analiza diferențială:* În analiza diferențială, inconștientului colectiv îi corespunde presupoziția că fiecare individ dispune de cele două capacități de bază, capacitatea de iubire și capacitatea de cunoaștere, care țin de esența sa. Aspectul evolutiv al inconștientului colectiv este acoperit de tradiție și de mitologiile colective.

Arhetipuri

Psihologia analitică:	*Analiza diferențială:*
Arhetipurile sunt determinate genetic și reprezentate în conștiința individului prin simboluri universale, care se manifestă prin intermediul viselor, al miturilor, conținuturilor religioase, mistice și filosofice. Lor le aparține umbra, animus, anima, marea mamă, bătrânul înțelept etc.	Arhetipurilor le corespund în sensul cel mai larg mitologiile colective și conceptele, devenite prin intermediul tradiției sisteme de referință specific culturale și puncte de orientare. Ele conțin anumite concepte vizavi de mediile capacității de iubire și de cunoaștere, precum și valori caracteristice capacităților actuale, putând fi reprezentate prin figuri simbolice din mitologii și basme.

Individuație

Psihologia analitică:	*Analiza diferențială:*
Individuația sau autoîmplinirea constituie obiectivul terapeutic: fuzionarea tuturor puterilor disparate și contradictorii ale individului într-o unitate atât de puternică, încât toate aspectele pot coexista în armonie. Reunificarea personalității necesită ca analistul să retrăiască împreună cu pacientul său evenimentele marcante ale vieții celui din urmă, reconstruind împreună luptele filogenetice.	În analiza diferențială, individuația își extinde semnificația: noi nu considerăm individuația a fi doar autoîmplinire, adică fuzionarea puterilor contradictorii ale individului într-o unitate, ci presupunem în această unitate existența unor factori supraindividuali, sociali și colectivi. C. G. Jung a avut în vedere ceea ce noi am denumit prin conceptul de mijloace ale capacității de cunoaștere. În afară de acest aspect, pentru noi joacă un rol important mijloacele capacității de iubire, capacitățile actuale și stadiile interacțiunii. Individuația reprezintă în același timp socializare.

Critică și colaborare:

Psihologia analitică a lui C. G. Jung accentuează tradiția și intuiția și scoate în evidență anumite capacități actuale, precum credința, religia, speranța. Metode ale psihologiei analitice pot fi întâlnite în cea de-a patra etapă, a verbalizării, în care sunt prelucrate conceptele individuale și colective, precum și în tendințele integratoare ale extinderii obiectivelor. Conceptele pacientului pot fi analizate în funcție de conținutul lor individual și colectiv și înțelese în legătura pe care o au cu anumite capacități actuale. Datorită deosebitei accentuări a tradiției și a stilului terapeutic partenerial, democratic, metodele psihologiei analitice sunt potrivite în special pacienților mai în vârstă.

5. Analiza diferențială și logoterapia

Teoria logoterapiei

Logoterapia își are centrul de greutate în voința de sens, de a găsi și a da un sens vieții. V. Frankl (1959) vorbește în acest context despre frustrarea existențială, care îl determină pe individ să aibă dubii asupra sensului vieții sale, aceasta reprezentând în viziunea lui Frankl o problematică tipic umană. Spre deosebire de S. Freud (Scrisori 1873-1939, 1960), care afirmă: „În momentul în care îți pui întrebări legate de sensul și valoarea vieții, esti bolnav“, V. Frankl accentuează: „Pe cel care își cunoaște scopul vieții îl ajută această conștiință mai mult decât toate celelalte în a-și rezolva greutățile exterioare și problemele interioare“ (1955, p. 13). În ciuda deosebirii fundamentale existente între terapie și religie, el vede un succes psihoterapeutic esențial în faptul că „un pacient își regăsește de-a lungul psihoterapiei resursele îndelung blocate ale unei religiozități originare, inconștiente, reprimate.“

Principiul terapeutic de bază constă în găsirea unui sens, a logos-ului, în spatele evenimentelor, conduitelor de comportament și al tulburărilor. O tehnică esențială o reprezintă intenția paradoxală.

Posibilități de traducere

Voința de sens

Logoterapia:	*Analiza diferențială:*
„Existența umană a trecut într-adevăr întotdeauna dincolo de ea însăși, căutând mereu un sens. De aceea scopul existenței omului nu este plăcerea sau puterea, nici autoîmplinirea, cât realizarea sensului. Noi vorbim în logoterapie de o voință de sens“ (V. Frankl).	Prin întrebarea sa privitoare la sensul vieții, V. Frankl abordează un aspect legat de dimensiunea temporală a realității umane, și anume viitorul. Sensul nu este ceva general, ci el este legat de aspectele de conținut ale realității psihosociale a omului. De aceea, sensul vieții este pus la îndoială atunci când individul trăiește eșecuri, nedreptăți sau pierderi materiale. De aceea noi întrebăm: Asupra căror domenii ale capacităților actuale se îndreaptă sensul; asupra punctualității, ordinii, fidelității, performanței, chibzuinței, speranței, credinței, religiei/ideologiei, sexului, sexualității, iubirii?

Intenția paradoxală

Logoterapia: A dori ceva, în loc de a te teme de acel ceva. Exemplu: Îmi doresc frica.	*Analiza diferențială:* Aici este specificat obiectul dorinței. Exemplu: Îmi doresc nepunctualitatea soțului meu.

Critică și colaborare

În cadrul analizei diferențiale regăsim elemente de logoterapie în cea de-a treia etapă (încurajarea situativă), în cea de-a patra (verbalizarea) și în cea de-a cincea (extinderea obiectivelor). Logoterapia aduce în prim-plan în special capacitățile actuale: credință–religie–ideologie. Sunt accentuate anumite capacități primare. V. Frankl vede în dificultățile colective și individuale temporare în primul rând o slăbiciune de natură religioasă, un concept care poate fi extins în sensul analizei diferențiale: Nu este vorba despre o slăbiciune religioasă, ci mai degrabă de o neînțelegere formată din lipsa unei deosebiri între credință–religie–biserică.

Demersul logoterapeutic, caracterizat prin căutarea sensului, îi corespunde în arii extinse celui orientat către concept și contraconcept: Pacientul obține, grație conceptului alternativ, posibilitatea de a-și evalua situația dintr-o nouă perspectivă, oferindu-i un sens nou.

6. Analiza diferențială și terapia dialogului

Teoria terapiei dialogului: terapia dialogului, întemeiată de C. R. Rogers (1942), se autoproclamă drept metodă caldă, permisivă, sigură, dar limitată din punct de vedere social; în cadrul ei, terapeutul și pacientul discută comportamentul afectiv al celui din urmă, inclusiv căile aflate în legătură cu rezolvarea situațiilor emoționale nuanțate (după Shoben, 1953). Alte denumiri ale terapiei dialogului sunt: *Client — centered Psychotherapy* și *Non-directive Psychotherapy.* Conform lui Tausch (1974), ea este potrivită în special persoanelor ale căror probleme au legătură cu conceptul stimei de sine și cu experiențele corespunzătoare. Psihoterapeutului i se pretind următoarele caracteristici de comportament: verbalizarea conținuturilor trăirilor emoționale exprimate de către client; valorizare–atenție–apreciere–căldură a psihoterapeutului față de client; strădania activă a psihoterapeutului; autenticitate, congruență, precum și autodezvăluire. Se consideră dezirabil ca psihoterapeutul să reprezinte față de client un model de observație favorabil în ceea ce privește funcționalitate spirituală favorabilă. S-a încercat operaționalizarea variabilelor demersului terapeutic al dialogului și verificarea lor empirică.

Posibilități de traducere

Valorizare–atenție–apreciere–căldură

Terapia dialogului: Calități umane legate de comportamentul social al psihoterapeutului în relația cu clientul său, calități care trebuie să se afle într-o strânsă legătură cu schimbările constructive. Acest lucru semnifică acceptarea unui individ ca personalitate, indiferent de comportamentul său momentan. Atenția față de personalitatea clientului trebuie să fie necondiționată (după Rogers, 1962, p. 420 f.)	*Analiza diferențială:* În această privință, vorbim aproape aceeași limbă. O valorizare pozitivă și căldură afectivă, exprimate prin capacitățile primare, împreună cu recunoașterea unicității pacientului, reprezintă criterii esențiale ale comportamentului terapeutului. Firește, ele nu sunt numai produsul bunăvoinței și al antrenamentului terapeutic. Mai degrabă ele sunt bazate pe capacitățile secundare, care devin măsuri de referință ale simpatiei și antipatiei și care pot fi diferențiate și controlate de către terapeut (de exemplu, acceptarea unui pacient, în ciuda mirosului răspândit de corpul său). În caz contrar, există pericolul de a intra în conflict cu criteriile legate de „autenticitate“ și „congruență“.

Autenticitate și congruență

Terapia dialogului: O trăsătură de comportament a psihoterapeutului care influențează în mod pozitiv procesul psihoterapeutic constructiv și rezultatul terapiei: Terapeutul este ceea ce este; el se poartă natural și nu vrea să pară altfel în relația cu pacientul său.	*Analiza diferențială:* Conturarea capacităților actuale „politețe–sinceritate“ în comportamentul terapeutului: terapeutul reacționează deschis la comportamentul pacientului, totuși într-o manieră suportabilă pentru cel din urmă. În afară de acest aspect, „politețea–sinceritatea“ reprezintă conținuturi centrale în cadrul etapei verbalizării.

Conceptul de sine

Terapia dialogului: Imaginea de sine și aprecierea propriei personalități, care indică o distanță mai mică sau mai mare față de conceptul ideal (cum ai dori să fii). Conceptul de sine și cel ideal sunt înțelese cu ajutorul metodelor psihodiagnostice (Q- Sort).	*Analiza diferențială:* O concepție legată de cine, ce, câtă valoare îi este acordată propriei persoane. Pe lângă acest concept de sine (concept de bază), capacitățile actuale constituie reguli de comportament, care controlează comportamentul momentan. Conceptele de bază și cele actuale se orientează după capacitățile actuale și cele de bază și sunt înțelese cu ajutorul inventarului analitico-diferențial și cu aprecierile vizavi de medii. În acest demers, noi pornim mai puțin de la un concept de

sine unitar, ci de la concepte care se raportează la capacitățile actuale și care influențează în continuare stilul de comportament al unui individ. IAD-ul permite și aprecierea conceptului ideal.

Critică și colaborare:

Verbalizarea de către terapeut a conținuturilor emoționale legate de trăirile pacientului, caracteristică în terapia dialogului, când terapeutul încearcă să conștientizeze imaginea afectivă a pacientului din punctul său interior de vedere (concept), se întâlnește în etapa observării și în stadiile atașamentului, firește nu ca principiu permanent. Pentru a evita „impasurile nevrotice", în care terapeutul nu face decât să întărească conceptul nevrotic al pacientului său, analiza diferențială accentuează un procedeu mai direcționat. Conform acestuia, întrebările, conceptele legate de așteptări, contraconceptele și măsurile reglatorii ale comportamentului își pot găsi aici aplicabilitatea. Analiza diferențială ia astfel în considerare, pe lângă componenta cognitivă și emoțională, și componenta de comportament a unei tulburări. În etapa analitico-diferențială a verbalizării, pacientul însuși preia sarcini psihoterapeutice ale dialogului. Față de terapia dialogului, analiza diferențială este mai puternic structurată, orientată pe conținut și poate aborda în mod țintit domeniile devenite acceptabile sau conflictuale în ochii pacientului.

7. Analiza diferențială și Gestaltterapia

Teoria gestaltterapiei

Gestaltterapia, dezvoltată de F. S. Perls (1951), vizează dezvoltarea personalității din două perspective. Pe de o parte, ea trebuie să decurgă prin eliberarea individului din situațiile psihopatologice nerezolvate. La baza acestei idei se află observarea psihologiei gestaltiste (W. Köhler, 1929), conform căreia individul are tendința de a duce la final activități odată începute, chiar și când este vorba de perioade mai lungi de timp (tendința de a încheia forma). Cauzele esențiale ale tulburărilor sunt considerate a fi fixația și stăruința unilaterală în trecut și viitor. Terapia se desfășoară asupra componentei legate de prezentul pacientului. „Ceea ce a fost reprimat și blocat în trecut renaște acum prin realități motorii și senzoriale prezente" (E. și M. Polster, 1975, p. 22). Experiența terapeutică, acumulată fie în grup, fie individual, „este un exercițiu care se face în viața restrânsă, în Acum" (p. 25).

Pe de altă parte, situațiile nerezolvate servesc drept catalizator al potențialului uman încă nedezvoltat și neconștientizat (M. M. Berger, 1975).

Posibilități de traducere

Situații nerezolvate

Gestaltterapia: „Fiecare experiență rămâne incompletă până ce nu este dusă la bun sfârșit. Majoritatea oamenilor dispun de o apăsare mare în ceea ce privește situațiile nerezolvate. Deși omul poate suporta o cantitate mare de experiențe nerezolvate, aceste dezvoltări neterminate își caută totuși împlinirea; și atunci când devin suficient de puternice, persoana în cauză este cuprinsă de o lipsă de concentrare, comportament obsesiv, atenție exagerată, energie apăsătoare și de o hărnicie inutilă" (Polster, p. 46 f.).	*Analiza diferențială:* Situațiile nerezolvate nu se referă numai la anumite sarcini, ci chiar mai mult la capacitățile care, deși prezente, se află încă nediferențiate în fundal. Însă nu nevoile nesatisfăcute sunt cele care se înmulțesc, dând naștere la apariția de simptome, ci legătura pe care acestea o au cu regulile de comportament aflate la baza lor, respectiv capacitățile actuale. Ele se adună, ca microtraume, de-a lungul biografiei individuale, și sensibilizează individul cu privire la anumite capacități actuale.

Principiul Aici și Acum

Gestaltterapia: Centrul de greutate al gestaltterapiei se află în prezentul simplu. Din cauza faptului că viața nevroticului este fundamental anacronică, orice revenire asupra evenimentelor prezente constituie în sine un atac asupra nevrozei (după Polster).	*Analiza diferențială:* Se referă la dimensiunea timpului și la relația dintre trecut, prezent și viitor, în percepția fiecărui individ. În mod corespunzător, pe lângă evadarea în trecut și în viitor, apare ca reacție nevrotică evadarea în acționismul prezentului. Aplicat în terapie, acest lucru semnifică: în fiecare tulburare sunt implicate, desigur în măsuri diferite, trecutul, prezentul și viitorul, și ele trebuie să fie luate în considerare în mod corespunzător.

Critică și colaborare:

Este îndoielnic procedeul terapeutic conform căruia rezolvarea în prezent a chestiunilor nerezolvate până în acel moment ar duce la îndepărtarea unei nevroze. Se pune întrebarea dacă problemele nerezolvate mai pot fi încheiate sau dacă fiecare încheiere a formei — cel puțin în domeniul prelucrării conflictelor — nu produce cumva noi forme neîncheiate: Atunci când se naște un copil, chestiunea este la fel de puțin încheiată ca atunci când se tipărește un manuscris de carte sau când se exprimă o dorință reprimată pentru mult timp. Munca propriu-zisă

intervine de cele mai multe ori după. Și tocmai acest lucru trebuie transmis de exemplu pacienților obsesivi, care doresc să încheie totul perfect și complet mai degrabă astăzi decât mâine și care percep situațiile încă deschise ca fiind neliniștitoare. De aceea terapia are o sarcină triplă: De a-i conștientiza pacientului nevoile pe care acesta le are (capacitățile actuale), de a rezolva conflictele existente și de a-l face pe pacient capabil de a pune capăt problemelor momentane și de a le suporta. Nevoie nesatisfăcute nu constituie orice principii generale, ci ele se raportează concret la capacitățile actuale și la experiențele acumulate de individ în mediul său. Așa se întâmplă de exemplu ca experiențele negative cu privire la sinceritatea altor oameni din prezent să se reflecte și în viitorul respectivei persoane.

8. Analiza diferențială și terapia primară

Teoria terapiei primare

Terapia primară după A. Janov (1973- 1976) pleacă de la premisa că „scenele primare", adică frustrările din perioada copilăriei, duc la un fond de dureri originare. Aceste dureri originare constituie „adevărul fundamental" al pacientului (1975). Ele se dezvoltă în urma anumitor experiențe, de exemplu atunci când un copil nu este luat de mână, deși are această nevoie, atunci când i se închide gura, când este luat în derâdere, când nu este băgat în seamă sau atunci când este supraîncărcat" (1973, p. 20) — un fond de leziuni care face copilul fals și nevrotic. Pentru Janov, mediul social este în principal un factor turbulent pentru „sinele real": „Nevroza nu este o chestiune legată de relațiile interumane; ea este o stare internă" (1975). Ca metodă terapeutică este folosit „strigătul originar", retrăirea durerii originare. Efectul terapeutic propriu-zis pornește de la durerea originară, a cărei manifestare este strigătul; ea este completată prin grupa postprimară (responsabilă pentru tratarea de după „experiența primală" a „strigătului originar").

Critică și colaborare:

Janov explică faptul că terapia primară nu poate fi integrată și aplicată eclectiv în alte metode. Așa-zisa virginitate a metodei este firește o iluzie pentru că și terapia primară face parte, în ciuda contribuției ei originale, din cadrul istoriei psihoterapeutice, fiind astfel comparabilă cu alte metode.

Janov se raportează, prin metoda sa, în mod esențial la domeniul emoțional, pe care noi l-am cunoscut prin intermediul capacităților primare, și accentuează nevoile inconștiente de a fi iubit și respectat. Cerințele legate de performanță, capacitățile secundare, sunt privite drept

o amenințare a Sinelui real. De aceea s-ar putea formula că Sinele real al lui Janov este Sinele ireal, care reproduce o atitudine de așteptare naiv-primară și care pare pe deplin potrivită pentru o serie de potențiali pacienți. În ceea ce Janov descrie drept situații ale durerii originare, noi identificăm indicii clare asupra capacităților actuale, în special asupra capacităților secundare, care la Janov nu apare drept capacități, ci drept părți ale sistemului de apărare: „Să luăm de exemplu omul care se enervează numai pentru că este lăsat puțin să aștepte. Poate că părinții lui l-au lăsat, copil fiind, mereu să aștepte. Poate că în adult se va declanșa de fiecare dată supărarea, fără nici o legătură cu situația propriu-zisă, atunci când va experimenta ceva asemănător cu neatenția manifestată de către părinți în copilăria sa" (1973, p. 67).

Aici pot fi stabilite legături cu microtraumele analitico-diferențiale. Totuși, citatul „o supărare, care nu are nici o legătură cu situația propriu-zisă" arată că Janov preia, împotriva a ceea ce pretinde, în mod tacit norme pe care le opune ideilor sale normative individuale. El îi atribuie pacientului unicitatea; numai un individ care a trecut printr-o experiență originară poate spune ceea ce a determinat apariția unei nevroze speciale. Trebuie să sară în ochi faptul că terapia primară nu este decât un instrument relativ nediferențiat, o măsură după care sunt evaluați mai mult sau mai puțin toți pacienții. Terapia sa este orientată către sentimentele omenești ca măsură de referință, punând accentul pe atașament, căruia el îi opune diferențierea și detașarea, percepute ca traumatizante. Elementul catarctic inclus în tehnica strigătului originar se regăsește în treapta analitico-diferențială a verbalizării, în care, cu scopul unei creșteri a implicării emoționale, poate fi folosită tehnica lui „a deveni mai zgomotos" și „a urla din toți rărunchii", metodă folosită de altfel nespecific în terapia populară: „Urlând, te eliberezi de toți drăcușorii dinăuntrul tău" (vezi modelul demonilor).

Metodologia lui Janov este în mare măsură specifică din punct de vedere cultural: ea poate fi eficientă mai ales acolo unde comportamentul verbal este inhibat, precum în Europa Centrală și în SUA. Se poate presupune că metoda nu își va atinge scopul în Orient, de exemplu în cazul unui derviș tânguitor, care este obișnuit să cânte și să țipe plin de plăcere.

Asupra strigătului originar poate fi aplicată critica lui Freud, pe care acesta a formulat-o în 1937 vizavi de O. Rank. Rank considerase drept cauză a nevrozei trauma nașterii, care ar putea duce la faptul ca fixația originară nerezolvată față de mamă să continue să existe ca refulare originară. Printr-o vindecare ulterioară a traumei originare — care la Janov se numește „durere originară" — Rank spera să îndepărteze întreaga nevroză. Răspunsul legat de ceea ce ar putea să realizeze aceas-

tă metodă a fost dat de către S. Freud prin intermediul unui exemplu: „Probabil nu mai mult decât ar reuși să izbândească pompierii dacă în cazul unui incendiu cauzat de o lampă cu petrol răsturnată s-ar mulțumi să îndepărteze lampa din camera în care a luat naștere incediul“ (1937, p. 209).

9. Analiza diferențială și analiza tranzacțională

Teoria analizei tranzacționale

Conceptul-cheie al analizei tranzacționale întemeiate de E. Berne (1964) și de T. A. Harris (1975) este tranzacția. Ce semnifică analiza tranzacțională? Pentru clarificarea preliminară a acestui concept este suficientă următoarea explicație:

O „tranzacție“ în sens psihologic constituie într-o anumită măsură un schimb spiritual de nevoi între doi indivizi. Unul oferă „ceva“ (un comportament), celălalt se conformează și acceptă oferta, plătind cu monedă corespunzătoare. Între „emițător“ și „receptor“ are loc un proces complicat între a da și a lua. Rolurile emițătorului și ale receptorului se pot schimba foarte rapid și în mod repetat între ele. Însă întotdeauna o anumită stare a Eului emițătorului va trimite un stimul către receptor, care reacționează la rândul său prin semnale verbale sau nonverbale, în conformitate cu starea Eului căreia i se adresează emițătorul (A. Harris, 1975, p. 12).

Ca stări ale Eului, analiza tranzacțională vorbește despre Eul-părinte (o serie de însemnări existente în creier, experiențe preluate fără a fi verificate sau impuse din exterior, pe care un individ le-a conștientizat în copilăria sa), Eul-copil (reacțiile individului mic la ceea ce vede și aude) și Eul-adult (preocupat în principal de „transformarea stimulilor în reacții și de prelucrarea și stocarea acestor informații în baza experiențelor anterioare“- Berne, 1964). Analiza tranzacțională se desfășoară într-un grup terapeutic, în care pacienții învață să își recunoască Eul-părinte, Eul-adult și Eul-copil.

Critică și colaborare:

Elemente caracteristice analizei tranzacționale se regăsesc în analiza diferențială în legătură cu terapia de grup, cu extinderea obiectivelor și cu stadiile interacțiunii. Analiza tranzacțională se ocupă de tranzacțiile dintr-un grup și de instanțele aflate la baza lor. Ea se dovedește a fi o formă de psihoterapie deosebit de flexibilă și inteligibilă. Totuși, ea operează fără a ține seama de instrumentele cu care o face. Conținuturile tranzacțiilor și semnificațiile subiective și funcționale aflate în legătură cu ele sunt lăsate deoparte. Cu toate acestea, noi găsim suficiente exemple în care apar capacitățile actuale. Totuși, aceste conținuturi nu sunt luate în seamă. Eul-părinte, Eul-copil și Eul-adult nu sunt determinate decât formal: „În Eul-părinte sunt reprezentate toate mustrările și regulile, toate poruncile și interdicțiile auzite de un copil de la părinții săi sau de care și-a putut da seama după felul în care părinții își trăiau propria viață. Această cantitate enormă de informații este interiorizată odată pentru totdeauna, căci individul este dependent de ele, dacă vrea să supraviețuiasă într-un grup și să se afirme“ (Harris, 1975, p. 34 f.). Analiza diferențială structurează această cantitate imensă de informații disparate în capacitățile actuale și condițiile lor deosebite, care nu mai apar apoi ca fiind „interiorizate odată pentru totdeauna“. Aspectul dinamic scos în evidență de către analiza tranzacțională pretinde în mod necesar o completare prin luarea în considerare a aspectului legat de conținut.

Legăturile pe care le-am putut stabili între analiza diferențială și diferitele școli psihoterapeutice, precum și posibilitățile de aplicabilitate reciprocă apar și în cazul altor metode psihoterapeutice și în general cu efect terapeutic. Chiar demersul psihiatric în sens restrâns prezintă o serie de aspecte și conținuturi care pot fi specificate prin intermediul sistemului analitico-diferențial.

Analiza diferențială însăși nu se consideră a fi un sistem exclusiv, ci acordă o valoare deosebită în mod corespunzător fiecărui model și metode psihoterapeutice diferite. Prin urmare, ea ține seama de fiecare formă de tratament psihoterapeutic în parte, precum psihanaliza, psihologia abisală, terapia comportamentală, terapia de grup, hipnoterapia, tratamentul medicamentos și metodele fizioterapeutice.

Analiza diferențială reprezintă astfel o metodă integrală, în sensul unei terapii multidimensionale.

Psihoterapia pozitivă

Traducerea conceptelor de boală convenționale

Conceptele medicale, psihologice și psihiatrice nu sunt folosite necondiționat. Ele se află în legătură cu teoriile și ideile științifice care le-au conturat, și își au partea lor proprie în istoria acestor teorii. Astfel dobândește un concept în legătură cu teoria sa o anumită semnificație, care anticipează atât premisele teoretice, cât și posibiltățile diagnostice și consecințele terapeutice. Pentru a înțelege cuvântul Supraeu, este cel puțin necesară cunoașterea trăsăturilor de bază ale teoriei psih-

analitice. Cine vrea să știe ce înseamnă întărire în psihoterapie, are nevoie de informații despre teoria învățării și aplicabilitatea ei în terapia comportamentală.

În același timp, există concepte — ce-i drept în cantitate mai mare — care, deși nu sunt specifice unei anumite teorii, capătă o semnificație proprie în funcție de teoria terapeutică în cadrul căreia sunt utilizate. Un exemplu în acest sens îl reprezintă conceptul angoasă. La fel cum un măr verde are o semnificație diferită pentru cineva care nu percepe culorile și este sensibil la senzația de acru, față de cineva care percepe culorile și senzația de acru a fructelor ca fiind înviorătoare, tot așa și cuvântul „angoasă“ dobândește semnificații diferite, în funcție de diferitele concepții teoretice.

În medicina internă, angoasa reprezintă de cele mai multe ori un simptom secundar al altor boli grave, precum angina pectoris. Pentru un chirurg, ea este un factor care trebuie luat în seamă de exemplu înaintea unei operații și care poate fi îndepărtat cu ajutorul medicamentelor sau injecțiilor. În psihiatrie angoasa este deja tratată într-un mod mai diferențiat: există angoasa apărută ca reacție la o situație generatoare de angoasă, angoasa independentă sau angoasa ca simptom secundar al unei depresii; psihiatria dispune de medicamente speciale care eliberează individul de angoasă și care pot fi prescrise țintit. În psihanaliză, angoasa este consecința unui conflict între conținuturile reprimate, instincte, cerințe interiorizate și funcțiile înfrânate ale Eului. Pentru terapia comportamentală, angoasa este o reacție învățată, cu implicare vegetativă, care poate fi suprimată cu ajutorul unor anumite procedee terapeutice de învățare. Deși toate semnificațiile se referă în cele din urmă la același lucru, ele îi atribuie conceptului conținuturi de sens diferite, atrăgând după sine metode terapeutice diferite.

Psihoterapia pozitivă, care se bazează pe analiza diferențială, posedă de asemenea o perspectivă proprie în ceea ce privește bolile și tulburările, o concepție care se deosebește în multe privințe de metodele cunoscute și care necesită o schimbare în modul de a gândi conceptele cunoscute și de a le percepe conținuturi noi de semnificații. Această schimbare de gândire așază fenomene cunoscute într-o lumină nouă și oferă posibilitatea găsirii unor alte soluții. Ne referim aici, în primul rând, într-un mod foarte practic, la consecințele demersului terapeutic, la relația cu pacienții, la delimitarea posibilităților terapeutice și ale măsurilor de psihoigienă.

Astfel, noi abordăm în același timp o problematică a medicinei care tinde să considere simptomul unei boli și boala însăși ca fiind ceva negativ, care vine o dată cu pacientul și care trebuie să fie îndepărtat prin intermediul medicului aducător de sănătate: *Fiecare pacient poartă însă în sine ambele stări, și cea de boală, și cea de sănătate, ceea ce semnifică pentru terapeut că nu este suficient numai să îndepărteze starea de boală, ci, dincolo de aceasta, în anumite cazuri el trebuie chiar să se adreseze cu precădere stării de sănătate, stabilizând-o pe aceasta.*

Dacă psihoterapia se preocupă exclusiv de poziția negativă a pacientului, atât de familiară acestuia, și dacă pacientul și terapeutul vorbesc mult, respectiv terapeutul îl lasă pe pacient să vorbească, acest lucru nu apropie neapărat terapia de scopul propus, adică de a-l face pe pacient să conștientizeze cauzele stării sale. Mai degrabă atunci apar factori perturbatori, care pot avea o influență decisivă asupra demersului terapeutic ulterior. *Preocuparea exclusivă față de conținuturile preponderent negative și pesimiste ale percepțiilor repetă în primul rând conceptul nevrotic al pacientului. Raportat la nivel cognitiv, acest lucru semnifică faptul că pacientul rămâne în cele din urmă în continuare blocat în aceleași categorii și căi simptomatice pentru prelucrarea perturbată a conflictelor sale.*

În continuare, o preocupare exclusivă a terapiei vizavi de conținuturile dramatice, negative ale pacientului îl va face pe acesta să își valorizeze și mai mult concepția negativă. *El va fi astfel întărit într-un domeniu care aparține simptomului său.* În afară de aceasta, un asemenea demers influențează formele de comunicare ale pacientului, astfel încât el se va simți de exemplu obligat să se considere în centrul atenției numai atunci când își descrie experiențele negative, respectiv să respingă întăririle pozitive la sine și la ceilalți, considerându-le „firești“, pur și simplu o formă de politețe și înșelăciune blândă a propriei persoane și a celorlalți. Psihoterapia pozitivă nu încearcă să înzestreze totul cu un semn pozitiv, ci ea se străduiește să diferențieze comportamentul critic. *Această diferențiere permite separarea părților de comportament neconflictuale sau pozitive de simptomul propriu-zis, pregătind pentru pacient și pentru mediul său baza de la care acesta să poată face față mai bine problemei sale.*

„Fiul meu este un delincvent sexual?“

Mama unui băiat de zece ani a venit la cabinetul meu complet descompusă. Părea complet tulburată și mi-a povestit, plângând: „Este de neimaginat ce s-a întâmplat. Ce să mă fac cu fiul meu? Azi dimineață m-a sunat directorul școlii lui să îmi spună să vin urgent la școală. M-am gândit că i s-a întâmplat ceva lui Stefan, sau chiar că s-a prăbușit școala. Directorul mi-a spus că Stefan s-a dezbrăcat în clasă. Mi-a spus că acest lucru l-ar putea transforma pe fiul meu mai târziu într-un exhibiționist și molestator sexual și că ar trebui să mă duc urgent cu el la un psihiatru, altfel s-ar vedea nevoit să îl exmatriculeze.“

Eu am diferențiat, în sensul psihoterapiei pozitive, următoarele: a se dezbrăca nu este un lucru rău în sine. Fiecare dintre noi trebuie să se dez-

brace zilnic cel puțin o dată. Depinde totuși unde, când și față de cine se desfășoară această acțiune. Astfel a fost diferențiat comportamentul simptomatic în două părți comportamentale distincte: pe de o parte acțiunea de a se dezbrăca, pe de altă parte situația socială în care se desfășoară această acțiune, datorită căreia se ajunge la conflicte. Mama a fost vizibil ușurată: „Mă gândeam deja că fiul meu va deveni un delincvent sexual."

În tratamentul ulterior, la care au luat parte atât mama, cât și băiatul, au fost aprofundate motivele pentru care băiatul s-a dezbrăcat în clasă, în fața celorlalți. A reieșit că, în acest caz, motivele sexuale fuseseră mai puțin importante decât „modelul" modern din acea perioadă, atleții goi, care își dovedesc „curajul" alergând nud prin locuri publice.

În capitolul „Analiza diferențială și alte psihoterapii", noi am încercat deja să traducem anumite concepte din alte sisteme teoretice în cel analitico-diferențial, sau am sugerat retraduceri în limbajul celorlalte teorii. În continuare vom încerca să descriem din punct de vedere analitico-diferențial concepte generale din domeniul medicinei, al psihoterapiei și al psihiatriei, să explicăm noile idei și în baza acestor concepte și să oferim astfel impulsuri pentru orientări noi în ceea ce privește terapia. În primul rând este vorba despre reevaluarea semnificației bolii și despre luarea în considerare a aspectelor ei pozitive. Pe de altă parte, sunt oferite indicii (capacitatea de dezvoltare), care s-au dovedit a fi eficiente în tratarea pacienților cu tablouri clinice corespunzătoare și care conduc în primul rând către o terapie convențională din punct de vedere psihoigienic, respectiv care pot servi drept puncte de orientare pentru un tratament psihoterapeutic.

Noi încercăm să nu vedem boala ca fiind ceva abstract, ci întotdeauna din punctul de vedere al conținutului, în legătură cu mediile și capacitățile actuale corespondente afectate.

Tablouri clinice	Traduceri analtico-diferențiale
Adipozitate (obezitate)	Relație pozitivă cu Eul, accentuarea mijloacelor simțurilor, în special a gustului, estetica mâncării, generozitate în ceea ce privește alimentele, fixație în tradițiile alimentare existente (cine e gras, e frumos). *De dezvoltat:* relația cu celelalte organe de simț, cu rațiunea, relația cu Tu-ul și cu Noi-ul, sinceritatea, contactul, sexualitatea.

Alcoolism și abuz de droguri	Încercarea de autovindecare (Battegay, 1976), încercarea de a trece peste probleme cu ajutorul alcoolului, politețe, imitație, mijloacele simțurilor. *De dezvoltat:* sinceritatea, deosebirile, ce domenii (familia, relația de cuplu, profesia, sensul vieții) sunt încărcate conflictual, relații active în locul unei atitudini de contact pasive.
Amețeală (senzația de pierdere a echilibrului, ca și când s-ar mișca podeaua sau s-ar învârti camera, adesea însoțită de sentimente de indispoziție și tulburări vegetative; Pschyrembel, 1972. G. Maas, 1976, derivă amețeala psihosomatică din semnificația sa etimologică originară (a se pierde), considerând-o a fi consecința unei angoase în fața pierderii obiectului).	Funcția de semnal a tulburării psihosomatice a „amețelii" indică un conflict aflat la baza sa, pe care pacientul nu îl poate articula adesea într-o manieră potrivită. Derivarea amețelii din „a se pierde" este pur etimologică; sunt posibile și alte legături: amețeală (conflict în domeniul politețe–sinceritate). Dacă se ia în calcul semnificația psihologică a pierderii obiectului, se ridică întrebarea referitoare la ce capacități actuale se referă el. *De dezvoltat:* politețe–sinceritate, punctualitate, timp, atașament–detașare. Neînțelegerea: soartă condiționată și soartă predeterminată.
Angoasă existențială	Orientare accentuată către viitor, capacități actuale favorizate: speranță, credință, dubiu; chestiunile legate de chibzuință, hărnicie/performanță, dreptate joacă aici un rol important.
Anorexia nervosa (anorexia pubertății)	A reacționa în fața conflictelor prin ascеză fizică; adesea se mănâncă ceva pe ascuns. *De dezvoltat:* verbalizarea conflictului, sinceritatea.
Asthma bronichale	Relație intensă cu propriul corp, cu o persoană de referință; capacitatea de a atrage constant atenția asupra propriei persoane cu ajutorul simptomului (horcăit, tușit, încercarea de a respira, a se învineți). *De dezvoltat:* verbalizarea conflictelor (rațiune), atașament–detașare, sinceritate, încredere, încrederea în sine și speranță

Cleptomanie (mania de a fura; actul furatului este asociat cu excitația, adesea de natură sexuală)	Relație pozitivă cel puțin temporară cu obiectele, compensare pentru lipsurile de altă natură. *De dezvoltat:* relația cu obiectele, relația cu Tu-ul, sinceritatea, treapta deosebirii.
Colitis mucosa–ulcerosa (colită ulceroasă)	Relație pozitivă cu Tu-ul (părinți, partener), limbaj organic, trecut, încredere în sine. *De dezvoltat:* deosebirea, detașarea, timpul și încrederea.
Criminalitate	Relație pozitivă cu Eul, cu un anume Tu sau cu un Noi limitat. Capacitatea de a se opune regulilor de comportament, de a folosi hărnicia/performanța, punctualitatea, seriozitatea, precizia cu un scop ilegal. *De dezvoltat:* relația cu Noi-ul, Noi-ul originar, chibzuința, dreptatea, iubirea, sinceritatea, relația diferențiată față de viitorul apropiat și îndepărtat; a lua în calcul consecințele.
Depresii (sentimentul de a fi descurajat, preponderent în cazul unei poziții pasive)	Capacitatea de a reacționa cu o afectivitate profundă. *De dezvoltat:* relația cu Tu-ul, cu Noi-ul, timpul, încrederea în sine și speranța.
Dificultăți școlare	Reacția copilului sau a adolescentului la supraaglomerările emoționale sau la cele legate de performanță. *De dezvoltat:* diferențierea, la ce se referă dificultățile: la capacitatea de performanță, la instituția școlii, la dificultățile familiale sau la problemele de contact cu persoanele de aceeași vârstă? În cazul eșecului școlar: schimbarea profesorului, a clasei, a școlii sau a instituției.
Ejaculatio praecox (eliminarea prematură a lichidului spermatic)	Relație pozitivă cu Tu-ul, valorizare accentuată a hărniciei/performanței, timp. *De dezvoltat:* Timp, răbdare, punctualitate, încredere.

Enurezie (apare din nou după o perioadă a curățeniei)	Caracteristică pentru nevoia de atașament. *De dezvoltat:* Relația cu mijloacele simțurilor, încrederea, curățenia, timpul punctualitatea (copilul poate învăța când și unde poate urina).
Excentricități de comportament la copii și adolescenți (rosul unghiilor, enurezia, neglijența, dificultățile școlare, actele agresive etc.).	Capacitatea copilului și a adolescentului de a reacționa la anumite situații și conflicte și de a dezvolta excentricitățile simptomatice de comportament în semnale ale unei tulburări. *De dezvoltat:* politețe-–sinceritate, sensibilitatea și empatia persoanelor de referință, capacitatea de a verbaliza conflictele; implicarea părinților pe post de terapeuți; netratarea copiilor fără prezența părinților lor.
Exhibiționism (satisfacția sexuală prin expunerea în public a organelor genitale)	Relație pozitivă cu propriile particularități corporale, o formă de a stabili un contact. *De dezvoltat:* când, unde și față de cine este expus propriul corp sau organe genitale; politețe. Actul de a se dezbrăca nu duce în sine la conflicte; ceea ce poate duce la conflicte depinde de locul ales, de moment și de persoana în prezența căreia se desfășoară această activitate.
Fetișism (excitație și satisfacție sexuală cu obiecte precum lenjeria feminină, pantofi, blănuri, adesea furate cu scopul de a se masturba)	Relație pozitivă cu Eul, cu Tu-ul (obiecte), accentuarea sexualității, experiențe de învățare din evoluția personală (tradiție individuală și colectivă), fantezie. *De dezvoltat:* relațiile cu Tu-ul partenerial, sinceritatea.
Fobii (frica de anumite obiecte, precum șoareci, câini, albine etc., sau situații, ca de exemplu frica de spații largi, de locuri închise sau de a se înroși)	Capacitatea de a ocoli situațiile și obiectele percepute ca fiind amenințătoare. *De dezvoltat:* relația cu aceste situații si obiecte, contactul, relația cu Eul, cu Tu-ul, cu Noi-ul, cu Noi-ul originar, încrederea în sine față de capacitățile actuale implicate în fiecare situație.
Frică de grup	Accentuarea relației față de Eu sau față de partenerii existenți. *De dezvoltat:* contactul, relația cu Noi-ul, politețea, sinceritatea, verbalizarea și extinderea obiectivelor.

Frică de singurătate	Nevoie accentuată de a avea o relație (cu Tu-ul și cu Noi-ul). *De dezvoltat:* relația cu Eul, relația cu anumite capacități actuale (interese proprii), sinceritatea (a-și susține propriile interese).
Frigiditate	Capacitatea de a spune „nu“ prin intermediul corpului. *De dezvoltat:* relațiile cu propriul corp, cu Tu-ul, capacitatea de spune un „nu“ verbal, politețe, sinceritate, sexualitate, contact.
Gelozie morbidă	Relație pozitivă cu Eul, cu partenerul și cu fidelitatea, fantezie accentuată. *De dezvoltat:* relația cu Noi-ul, timpul, încrederea în ceilalți, încrederea în sine, speranța și contactul.
Hipertonie esențială (creștere a presiunii sângelui)	Accentuarea hărniciei/performanței, capacitate de reacție față de conflicte. *De dezvoltat:* politețea, sinceritatea, răbdarea, timpul, încrederea, atașamentul.
Homosexualitate (iubire față de persoane de același sex)	Relație pozitivă cu Eul, cu Tu-ul aceluiași sex, mijloacele simțurilor. *De dezvoltat:* relațiile cu Tu-ul celuilalt sex, sinceritate, contact.
Infarct miocardic	Într-o măsură esențială, răspunsul corpului la încărcarea sa cu factori de risc, care pot fi specificați cu ajutorul capacităților actuale. *De dezvoltat:* corectarea concepției legate de performanță a pacientului, modificarea obiceiurilor alimentare (mijloacele simțurilor), alimentație corectă (mijloacele rațiunii) și dezvoltarea relației cu Eul, cu propriul corp, prin exerciții de mișcare potrivite. Îndepărtarea greutăților existente și oferirea de modalități compensatorii cu ajutorul IAD-ului.

Ipohondrie (autopreocupare obsesivă cu privire la boli)	Capacitatea de a acorda atenție propriilor funcții fizice, relație intensă cu Eul, mijloacele simțurilor, fantezie. *De dezvoltat:* rațiunea, capacitatea de deosebire, relația cu anumite capacități actuale, relația cu Tu-ul și cu Noi-ul, atașamentul, deosebire–detașare.
Iritabilitate	Capacitatea de a reacționa spontan motor sau negativ la anumite capacități actuale. *De dezvoltat:* Asupra căror capacități actuale se aplică iritabilitatea: încredere, răbdare și timp?
Manie (dispoziție generală euforică, dezinhibare generală și activitate motrice, halucinații și logoree)	Nevoie de contact puternic accentuată, generozitate financiară, fantezie dezinhibată, mijloacele simțurilor, încredere. *De dezvoltat:* chibzuința, relația cu Eul, cu Tu-ul, cu Noi-ul, sinceritatea, precizia și seriozitatea.
Masturbare (autosatisfacere sexuală)	Relație pozitivă cu Eul, cu propriul corp. Capacitatea de a fi în relație cu propriile organe genitale. *De dezvoltat:* relația cu Tu-ul, cu sexualitatea partenerială sinceritatea și curățenia.
Narcisism (formă de iubire față de propriul Eu)	Relație pozitivă cu Eul, referitor la caracteristicile fizice și la capacitățile actuale. Arată sincer ceea ce are, nu își reprimă capacitățile prin modestie. *De dezvoltat:* relația cu Tu-ul și cu Noi-ul, politețea, încrederea și contactul.
Neglijență (neglijența exterioară — a vestimentației, a bunelor maniere, trebuie delimitată de cea interioară, de natură morală)	Capacitatea de a ignora normele obligatorii (conturarea capacităților actuale) sau de a acționa împotriva lor. *De dezvoltat:* relațiile cu Eul, cu Tu-ul, cu Noi-ul, diferitele capacități actuale (ordinea, sinceritatea, politețea, curățenia, chibzuința, punctualitatea etc.). A acorda atenție dezvoltării încrederii în sine și speranței, atașamentului — diferențierii și detașării.

Nesupunere, încăpățânare	Capacitatea de a spune „nu“. *De dezvoltat:* timpul (când se spune nu), încrederea, rațiunea (a învăța de ce trebuie făcut un anumit lucru, respectiv a explica motivul refuzului).
Nevroză obsesională (de ex. verificarea repetată pentru a vedea dacă ușile sunt închise, obsesia de a se spăla, ceremonii obsesive, obsesia de a repeta la nesfârșit în gând orarul zilnic)	Este puternic accentuată nevoia de ordine, seriozitate, precizie, conștiinciozitate. *De dezvoltat:* certitudinea, timpul, încrederea în sine și contactul, speranța, viitorul, capacitatea de a se lăsa surprins.
Paranoia (delir sistematic manifestat prin lipsă de logică în gândire, voință și acțiune)	O relație bine conturată cu capacitățile actuale izolate, precum dreptatea, sinceritatea etc. Accentuarea rațiunii, „fantezie izolată“. *De dezvoltat:* relația cu celelalte capacități actuale, fantezia, rațiunea, mijloacele simțurilor, politețea, sinceritatea, încrederea și speranța.
Reacție isterică (jucarea unui rol prin care bolnavul dorește să obțină ceva anume, ca de ex. milă, admirație etc., de la mediul său)	Capacitatea de a îndrepta atenția asupra propriei persoane și nevoilor personale, accentuarea fanteziei. *De dezvoltat:* verbalizarea, sinceritatea (verbalizarea nevoilor și nu formularea lor corporală ca boli isterice), mijloacele rațiunii, atașament–detașare.
Reumatism	Tensiunile și conflictele sunt prelucrate motor (simțuri și corp); semnificație pentru conservarea economiei personalității în anumite situații date. Politețe. *De dezvoltat:* politețe–sinceritate, ce domenii duc la tensiunile existente (de ex. ordinea, curățenia, fidelitatea, relațiile cu partenerul, detașarea copiilor etc.)? A se consulta, și în cazul bolilor reumatice, cu un psihoterapeut experimentat.
Rivalitate între frați (relație tensionată de gelozie între frați)	Posibilitatea de a învăța reguli de comportament parteneriale, de a-și impune propriile interese. *De dezvoltat:* Dreptatea și iubirea, unicitatea, contactul, politețea, sinceritatea.

Schizofrenie (psihoză endogenă, a cărei geneză nu a fost clarificată; Pschyrembel, 1972. Caracteristicile ei sunt de exemplu confuzia; sciziunea între conținuturile gândurilor; contactul slab; disocierea existentă între bolnav și lumea exterioară; după Spoerri, 1966)	În forma ei paranoidă: acentuarea fanteziei și a tradiției (de ex. mania dreptății, obsesie religioasă, obsesie legată de fidelitate, de politețe etc.). În cazul formelor hebefrene: capacitatea de a se retrage din câmpul cerințelor legate de performanță (capacitățile actuale) și de a le pune la îndoială. În cazul catatonilor: respingere motorie, respectiv invers, manifestarea către exterior a unei excitabilități exprimate prin mișcări necoordonate. *De dezvoltat:* la ce conținuturi se raportează mania? Ce capacități actuale sunt încă relativ stabile (IAD)? La ce medii se raportează simptomatologia? Înainte de a se pune diagnosticul de „înnăscut“ sau „endogen“, trebuie cercetat cum a fost tratat până în acel moment pacientul. Implicarea familiei și a mediului social, pe post de terapeuți. Spitalele de psihiatrie care funcționează parțial numai ca instituții de pază ar trebui transformate în locuri de consiliere, centre de terapie și clinici de zi, unde rudele pacienților să fie pregătite în legătură cu funcția lor terapeutică și unde pacienții înșiși să fie pregătiți pentru a colabora.
Stres (stresul este o stare acută de tensiune a organismului, în care acesta este obligat să își mobilizeze forțele de apărare pentru a face față unei situații amenințătoare; după Selye).	Fiecare adaptare a organismului la situații noi poate avea, în acest sens, efect de stres. Ba chiar se consideră că omul are nevoie de o cantitate minimă de tensiune, de stres. Stresul nu este la fel pentru toată lumea. Pentru unii, stresul este reprezentat de pretențiile legate de performanță, pentru alții de confruntarea cu dezordinea, impolitețea, infidelitatea sau cerințele legate de punctualitate. *De dezvoltat:* se ridică întrebarea la ce domenii se raportează stresul? Această manieră de abordare oferă posibilitatea nu doar de a oferi sfaturi generale legate de evitarea supraaglomerării, ci abordarea țintită a fiecărei situații de stres în parte.

Ulcer stomacal	Relație bine conturată față de hărnicie/performanță, încredere și dubiu vizavi de anumite capacități actuale. *De dezvoltat:* ordinea, punctualitatea, timpul (mese fixe, a mânca încet); politețea, sinceritatea, încrederea și contactul.
Vârstă mijlocie	Etapă a procesului de maturizare umană, șansa de a conștientiza dificultățile și problemele reprimate în anii anteriori din cauza obligației de „a se aduna". *De dezvoltat:* extinderea obiectivelor, stadiul detașării, timpul, speranța, integrarea trecutului, prezentului și a viitorului, soarta condiționată și cea predeterminată. Neînțelegerea bărbat–femeie. Trebuie făcută deosebirea dintre vârsta mijlocie ca eveniment psihosocial, căreia îi urmează o transformare a funcției ovarelor, și vârsta mijlocie drept consecință a unei reorientări cu privire la rolul de sex (sexualitate), la rolul familial (detașarea copiilor), la funcția de performanță (vârsta pensiei). Vârsta mijlocie nu constituie un diagnostic clinic. Mai degrabă trebuie analizați factorii răspunzători pentru neplăcerile apărute.

Rezumat: Aceste traduceri sunt numai exemple și modele pentru toate celelalte traduceri posibile ale bolilor și tulburărilor. Procedeul este, indubitabil, neobișnuit pentru aceia care consideră bolile și tulburările ca fiind asociate aproape în mod necesar cu o concepție negativă sau pesimistă. O asemenea concepție nu reprezintă un garant al unei perspective mai realiste asupra lucrurilor, ci cauza pentru care realitatea privitoare la sănătate și la îngrijirea psihiatrico-psihoterapeutică oferă un prilej suficient pentru pesimism. Dacă nu se iau în considerare aspectele pozitive ale unei boli, nu e cazul să ne mai minunăm în ceea ce privește consecințele:

Că părinții își alungă timpuriu de acasă copiii; că tinerii nu vor să mai aibă nimic de-a face cu părinții lor și cu adulții; că partenerii de cuplu se despart sau divorțează; că foarte mulți oameni demisionează timpuriu din profesiile pe care le au; că din ce în ce mai mulți oameni își caută rezolvarea problemelor în droguri și alcool; că se încearcă ajutorarea celorlalți, fără a fi efectiv ajutați; că oamenii și grupurile se urăsc reciproc, că trăiesc în dușmănie unii lângă ceilalți, în loc de a se uni pentru a îngriji de o viață mai bună pentru ei toți; că bolnavii psihosomatici sunt considerați prefăcuți sau tratați exclusiv cu medicamente; că oamenii bolnavi psihic sunt împinși deoparte, în „anormalitate"; că pacienții din clinicile de psihiatrie sunt numai păziți, în loc de a fi tratați psihoterapeutic.

În această carte, noi am încercat să atragem atenția asupra problemelor existente, să așezăm fenomene cunoscute într-o lumină nouă, să oferim răspunsuri la întrebări presante și să încurajăm apariția de noi întrebări. Am încercat să prezentăm modalități de rezolvare, modele practicabile ale psihoterapiei și ale autoajutorului.

În aceasta constă și pretenția fundamentală a analizei diferențiale ca psihoterapie pozitivă, și anume de a-l face pe om capabil să conștientezeze ceea ce posedă prin natura lui și de a-i aminti șansa și capacitatea de a-și folosi posibilitățile terapeutice interioare și de a-și rafina capacitatea de diferențiere.

Această carte îl conduce pe cititor la sursă, dar de băut trebuie să bea singur.

INDEX

Capacitățile actuale

Capacitățile actuale joacă un rol foarte mare în viața noastră profesională. Civilizația noastră actuală este bazată pe forme tipice de prezentare. Este de remarcat faptul că aproape fiecare individ are de-a face cu capacitățile actuale fără să fie conștient de fiecare dată ce semnificație au ele. Ele sunt vitregite chiar și de cele mai cunoscute dicționare și enciclopedii.

Pentru că, de cele mai multe ori, capacitățile actuale sunt luate în considerare numai marginal, noi le-am reunit din punct de vedere psihoterapeutic. Pentru a operaționaliza capacitățile actuale, adică pentru a putea deduce din conceptualitatea lor abstractă situații și chestiuni concrete, oferim, pe lângă o definiție și o schiță scurtă a trăsăturilor lor esențiale de dezvoltare, și exemple de întrebări legate de felul în care ele pot fi identificate.

În cazul acestor întrebări, noi avem în vedere, înainte de toate, procedeul practic desfășurat într-un interviu lejer. Întrebările sunt, într-o anumită măsură, exemple și întrebări-cheie, cărora li se pot alătura și altele, cu caracter mai specific.

Sinonimele și tulburările sunt menționate cu scopul de a-i facilita cititorului imaginarea, din perspectiva capacităților actuale, a situațiilor corespunzătoare vieții cotidiene și de a-i mijloci un transfer asupra situațiilor corespunzătoare lor, aici însă neprezentate pe larg. Directivele de comportament rezumă prin cuvinte-cheie strategii de rezolvare a conflictelor — nu precum o rețetă de gătit, ci ca imbold pentru alte reflecții personale.

Perspectiva pedagogică a capacităților actuale a fost deja abordată pe larg în cartea mea *Psihoterapia vieții cotidiene* (Fischer Taschenbuch Nr. 1855).

Punctualitate

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a respecta o unitate de timp așteptată sau stabilită. Forme: punctualitate pasivă (adaptarea la unitățile de timp prestabilite, a se aștepta ca ceilalți să se comporte punctual); punctualitate activă (a planifica singur timpul și a se comporta în sensul punctualității). În timp ce

în psihanaliză curățenia este considerată a fi prima performanță culturală, în analiza diferențială aceasta este punctualitatea. Ritmul de hrănire, de curățare și de somn—trezire determină prima împărțire în unități a timpului de către sugar. În decursul dezvoltării, așteptările și comportamentul legate de punctualitate vor fi modificate prin alte experiențe de învățare specifice (de ex. a întârzia la școală etc.).

Cum o recunoști: Care dintre dumneavoastră (dvs. sau partenerul) pune mai mult preț pe punctualitate? Aveți sau ați avut dificultăți din cauza nepunctualității (cu cine)? Cum reacționați atunci când cineva nu apare la ora stabilită? Vă planificați dumneavoastră, sau partenerul dvs., totul la secundă? Care dintre părinții dvs. (bunicii) punea mai mult preț pe punctualitate și planificarea exactă a timpului?

Sinonime/ tulburări: Promptitudine, precizie, întârziere, amânare, sfertul academic, 12 fără 5./ Teama de așteptare, presiunea timpului, teamă continuă de a nu fi gata la timp, neseriozitate, stres, neliniște interioară.

Directive de comportament: A nu stabili termene fără agendă; a-i spune cuiva în mod sincer că nu ai timp este adesea mai bine decât a-l lăsa să aștepte. Este mai bine dacă cineva întârzie decât dacă nu ar fi venit deloc.

Moto: Drăguț că ai venit totuși.

Curățenie

Definiție și dezvoltare: Capacitatea cuiva de a fi curat în ceea ce privește corpul său, vestimentația, obiectele de uz zilnic, spațialitatea și mediul său, precum și, în sens metaforic, de a avea un caracter curat. Se poate presupune că educarea privind puritatea, din copilăria mică, are o influență asupra dezvoltării ulterioare a personalității, cel puțin în ceea ce privește atitudinea față de curățenie.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe curățenie? Aveți sau ați avut dificultăți din cauza curățeniei (cu cine)? Cum vă simțiți atunci când vă aflați într-un mediu insalubru? Acordați atenție îngrijirii corpului dvs., curățeniei hainelor, locuinței, mediului înconjurător? Care dintre părinții dvs. punea mai mult preț pe curățenie și pe puritate?

Sinonime/ tulburări: a curăța, a spăla, a purifica, murdărie, neglijență, mizerie, rămâi curat./ Curățenie ritualizată, obsesia de a te spăla, necurățenie, tulburări ale contactului, tulburări sexuale, enurezie, eczeme, alergii.

Directive de comportament: A te spăla pe mâini înainte de masă împreună cu copilul tău te scutește de multe cuvinte. Atunci când el știe de ce trebuie să se spele pe mâini îi vine mai ușor să o facă.

Ordine

Definiție și dezvoltare: Capacitatea cuiva de a-și organiza și structura percepțiile și mediul. Ea se orientează către diferite sisteme de referință: ordine rațională, obiectivă, ordine tradițională, ordine romantică, intuitivă, plină de fantezie, ordine interioară și exterioară. Și copilul dezordonat își are ordinea sa în sensul pe care îl acordă ordinii. Ordinea este învățată prin intermediul modelului oferit de părinți, de mediul apropiat și de principiul recompensă-pedeapsă. Dezordinea aparentă a unui copil este o etapă în încercarea sa de a-și organiza lumea. Funcția de bază a ordinii este diferențierea. Datorită ei, își construiește o anumită relație și încredere față de obiecte.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe ordine? Aveți sau ați avut dificultăți din cauza dezordinii (cu cine)? Sunteți atent ca locuința dvs. (dormitorul, sufrageria, garajul, grădina), locul de lucru să fie mereu lună? Vă simțiți incomod într-un mediu dezordonat, sau sunteți de părere că trebuie să fie și puțină dezordine (situații)? Care dintre părinții dvs. acordă mai multă atenție ordinii? Ce se întâmpla atunci când, copil fiind, nu făceați curat?

Sinonime/ tulburări: A face curat, de-a lungul și de-a latul, haotic, a neglija, dezordonat./Pedanterie, obsesia de a deține controlul, neliniște interioară, neglijență, agresiuni, conflicte intergenerationale, tulburări profesionale, tulburări cardiace, stomacale și intestinale.

Directive de comportament: Sortările grosiere (macroordinea) oferă adesea în primul rând o perspectivă de ansamblu necesară. O cutie pentru lucrurile de care nu ai nevoie momentan împiedică haosul în cameră. Toate la locul lor. Găsești lucrurile acolo unde le-ai așezat (microordinea). Copilul are nevoie de propria sa ordine, în special în joc. Dacă luați un obiect care îi aparține partenerului dvs., spuneți-i. Veți economisi timp și nervi în relația cu el.

Supunere

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a se conforma rugăminților, ordinelor, poruncilor unei autorități exterioare. Supunerea este cerută și oferită în special în ceea ce privește domeniile delimitate din punctul de vedere al conținutului, precum ordinea, punctualitatea, hărnicia/performanța etc. Supunerea este dezvoltată fie prin pedeapsă, respectiv amenințarea cu pedeapsa, fie prin recompensarea ordinelor îndeplinite, precum și prin modelul reprezentat de persoana de referință.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe supunere, disciplină? Care dintre dvs. are mai mult tendința de a da ordine? Vă place ca ceilalți (partenerul, colegii, șefii, părinții) să vă spună ce aveți de făcut? Aveți sau ați avut probleme din cauza supunerii sau nesupunerii? Care dintre părinții dvs. punea mai mult preț pe ascultare? Cum reacționau părinții dvs. la nesupunere?

Sinonime/ tulburări: A se conforma, a se dezminți, a tăcea, a ceda, a se împotrivi, a se răzvrăti, a se încăpățâna./ Evlavie în fața autorității, autonomie față de ordine, criză de autoritate, frică, agresivitate, încăpățânare, a-și roade unghiile, enurezie, dificultăți de adaptare.

Directive de comportament: Țipetele și impolitețea nu garantează nici pe departe supunerea și o atmosferă prietenoasă. Moto: Încercați cu politețea. Atunci când cineva știe de ce trebuie să facă un anumit lucru, îi vine mai ușor să îl facă. Și celălalt poate avea dreptate.

Politețea

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a modela relațiile interumane. Formele ei de manifestare sunt manierele, în care sunt respectate regulile sociale de comportament, considerația, atenția față de partener și față de propria persoană, precum și modestia. Politețea ca neglijare a propriilor interese și nevoi reprezintă o inhibare a agresivității din considerente sociale. În dobândirea politeții, un rol important îl joacă învățarea după model (de cele mai multe ori după modelul părinților) și învățarea după succes (al propriilor conduite comportamentale). O pondere importantă o are reacția părinților la comportamentul aparent nepoliticos al copiilor. Felul politeții învățate este determinat într-o mare măsură de cultură și de normele stratului social din care face parte individul.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe politețe (considerație, bune maniere)? Ce simțiți atunci când partenerul dvs. nu dovedește politețea (considerația) la care vă așteptați (situații)? Sunteți mai degrabă politicos sau sincer? Sunteți foarte atent la ceea ce spun ceilalți despre dvs.? Vă înghițiți mai degrabă nervii decât să puneți în joc o relație bună? Care dintre părinții dvs. punea mai mult preț pe buna purtare?

Sinonime/ tulburări: A se purta cum trebuie, a ști ce se cuvine, a acorda atenție manierelor și etichetei sociale, a fi bine crescut./ Ipocrizie, politețe rituală, incapacitatea de a spune „nu“, egoism, nesiguranță socială, frică, lipsa capacității de a se impune, alcoolism, spasme musculare, dureri reumatice, dureri de cap, tulburări cardiace și de stomac–intestin.

Directive de comportament: Nu arareori, politețea formează posibilitatea contactului. În loc de „Repede, dă încoa“, mai degrabă: „Ai vrea te rog să…?“ Ce ați spune dacă partenerul v-ar trata în aceeași manieră cum îl tratați dvs. pe el? În legătură cu ce domenii (chibzuință, fidelitate, sexualitate, ordine) și față de cine sunteți deosebit de politicos? Merită să îți controlezi lacunele de politețe.

Sinceritate/franchețe

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a-ți exprima deschis părerea, de a-ți împărtăși nevoile sau interesele și de a oferi informații. Veracitatea și onestitatea țin tot de sinceritate. Sinceritatea în relația de cuplu este considerată fidelitate, în comunicarea socială deschidere și loialitate. Copilul, la vârsta la care începe să vorbească, nu poate diferenția încă în mod clar între imaginație și realitate. Dacă adultul nu înțelege logica perceptivă a copilului, pedepsind-o ca minciună, poate rezulta chiar de aici o educație către nesinceritate.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. își poate exprima mai liber opiniile? Aveți sau ați avut probleme cu partenerul din cauza nesincerității (situații)? Cum reacționați atunci când cineva vă minte (dați exemple de situații)? Sunteți generos în ceea ce privește adevărul sau mai degrabă foarte exact, spuneți din când în când minciuni de nevoie? Le povestiți celorlalți multe lucruri despre dumneavoastră, sau mai degrabă puține (franchețe)?

Sinonime/ tulburări: A spune deschis ce ai pe suflet, a vorbi pe șleau, a spune adevărul, a vorbi cum îți vine, a înghiți orice, a-ți ține planurile ascunse./ A jigni, a bârfi, a exagera și a denatura, dorința de a se impune, egocentrism, conflicte interumane, agresivitate, izbucniri de sudoare, tensiune crescută, dureri de cap.

Directive de comportament: A spune ceea ce crezi că este corect, dar a o face în așa fel încât să nu rănești partenerul. Unii oameni, care acum vă iau în nume de rău franchețea, vă vor fi mai târziu recunoscători pentru ea. Chiar dacă poate nu vă vine greu să fiți sincer în relația de cuplu, nu vă va fi la fel de ușor să fiți sincer și în viața profesională, când este vorba de bani. De cele mai multe ori, omul nu aplică aceleași criterii legate de sinceritate în toate domeniile vieții sale. Moto: Observați în cazul căror capacități actuale, în ce situații și față de cine vi se pare dificil să fiți sincer.

Fidelitate

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a intra într-o relație stabilă și de a o menține pentru o perioadă mai lungă de timp, a se comporta demn de încredere. În sens restrâns, fidelitatea se raportează în spațiul nostru cultural în special la sexualitate. Căsătoria convențională este bazată pe fidelitate. Fidelitatea se regăsește însă și față de instituții, modele sau principii, de ex. fidelitate și loialitate față de propria persoană. O relație labilă față de fidelitate are în aceeași măsură fundamente biografice, la fel ca și o fixație necondiționată, naivă asupra unui partener.

Cum o recunoști: Aveți probleme cu fidelitatea în relația de cuplu (situație)? Ce înțelegeți prin infidelitate? Aveți sau ați avut dificultăți din cauza faptului că i-ați fost infidel partenerului? Cum ați reacționa dacă partenerul v-ar „înșela“? (Respectiv: Cum ați reacționat într-o astfel de situație?) Cochetați cu gândul de a avea un alt partener? Vi se pare posibil ca partenerul să fie infidel în absența dvs.? Considerați că un pic de infidelitate poate fi foarte excitantă? Își erau părinții dvs. fideli unul celuilalt?

Sinonime și tulburări: A se încrede, încredere, loial, atașat, conservator, a se lega, a promite, neîncredere, infidelitate, necredincios, la bine și la rău, fidelitate până la moarte./ Fidelitate fixistă, gelozie, gelozie morbidă, infidelitate, abuz de încredere, trădare, pierderea speranței, frică, agresivitate, depresie, tulburări sexuale.

Directive de comportament: Fidelitatea nu începe o dată cu căsătoria. Alegerea partenerului este deja o chestiune care are de-a face cu fidelitatea sau infi-

delitatea. Moto: Alegeți-vă partenerul în așa fel încât să vă doriți să îi fiți fidel (sex–sexualitate–iubire). A se decide asupra unui singur partener implică de cele mai multe ori mai puține probleme decât a oscila indecis între doi parteneri, pe care nu doriți să îi faceți să sufere. Dacă descoperiți că nu vă potriviți cu partenerul dvs., despărțiți-vă înainte de a căuta un partener nou. Această atitudine este mai sinceră atât față de partener, cât și față de dvs. înșivă.

Dreptate

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a cumpăni interesele în relația cu sine însuși și în relația cu ceilalți. Este percepută ca fiind nedreaptă o atitudine dictată de simpatia sau antipatia personală în locul considerentelor obiective. Aspectul social al acestei capacități actuale îl reprezintă dreptatea socială. Fiecare om posedă un simț al dreptății. Felul în care persoanele de referință se poartă cu un copil, cât de corecte sunt față de el, față de frații săi și între ele, marchează sistemul de referință individual în ceea ce privește dreptatea.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe dreptate? (Dreptate sau nedreptate în ce situații și față de cine?) Considerați că partenerul dvs. este o persoană corectă (față de copii, de socri, de oamenii din jurul său, față de dvs.)? Cum reacționați atunci când sunteți tratat nedrept (la locul de muncă, în familie etc.)? Aveți sau ați avut probleme legate de nedreptăți? (A fost favorizat cineva în familia dumneavoastră?) Care dintre părinții dvs. acorda mai multă atenție corectitudinii în relația cu dvs. sau cu frații dvs. (situație)?

Sinonime/ tulburări: Potrivit, bine meritat, obiectiv, imparțial, inacceptabil, nejustificat, în comparație cu…, a se simți nedreptățit./ „Mania dreptății“, a-și face singur dreptate, suprasensibilitate, rivalitate, luptă pentru putere, sentiment de slăbiciune, nedreptate, răzbunare, agresivitate individuală și colectivă, depresii, nevroza de compensare.

Directive de comportament: Dreptatea fără iubire vede numai performanța și comparația; iubirea fără dreptate pierde controlul asupra realității. Învață să unifici: dreptatea și iubirea. A trata doi oameni la fel înseamnă a-l nedreptăți pe unul din ei.

Hărnicie/performanță

Definiție și dezvoltare: Capacitatea și disponibilitatea de a menține pe un termen mai lung o conduită de comportament de cele mai multe ori istovitoare și obositoare, pentru a atinge un anumit scop. Hărnicia și performanța sunt criterii ale succesului social, recompensat prin prestigiu și considerație. În dezvoltarea copilului, jocul reprezintă o etapă premergătoare acestor două concepte. În școală, hărnicia este pretinsă într-un mod serios. Această pretenție este asociată cu renunțarea la alte satisfacții legate de instincte, eventual unele mai ușoare. De aceea, devine cu atât mai ușor să fii harnic, cu cât tu însuți resimți ca fiind avantajos interesul pentru o anumită activitate.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe hărnicie și performanță? Aveți sau ați avut probleme profesionale? Sunteți nemulțumit de profesia dvs. sau de oamenii cu care lucrați? În ce vă implicați mai mult: în viața profesională sau în cea familială? Vă simțiți bine dacă o dată nu aveți nimic de făcut? Sunteți mulțumit de succesele școlare sau profesionale ale copiilor dvs.? Cum v-ați ales profesia? Care dintre părinții dvs. punea mai mult preț pe hărnicie și performanță?

Sinonime/ tulburări: A fi activ, a se ocupa, a reuși, a fi muncitor, a exploata timpul, a se eschiva de la ceva, a nu-i plăcea să muncească, a nu-și prea bate capul./ Evadare în muncă, ambiție nemăsurată, mania performanței, stres, suprasolicitare, oboseala civilizației, luptă concurențială, invidie, agresivitate, angoase, lenevie, evadare în singurătate, dureri de stomac, tulburări ale somnului, dureri de cap, alcoolism și dependență de droguri.

Directive de comportament: Un om nu are nevoie numai de informații în sensul instruirii sale. El necesită și o bază emoțională, pentru a putea guverna în mod corespunzător această instruire. Învață să deosebești între: formare și instruire. Atunci când vă supărați în legătură cu meseria dvs., merită să deosebiți: supărați-vă fie pe activitatea dvs. profesională propriu-zisă, fie pe factorii neplăcuți secundari (nedreptatea șefilor, rivalitatea colegilor etc.) atunci când „performanța“ devine subiectul conflictului, obiectul nu trebuie să fie neapărat acela de a diminua performanța, ci de a stimula celelalte domenii, precum contactul sau relația cu propria persoană.

Chibzuință

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a manevra cu inscusință banii, lucrurile de valoare, capacitățile și energiile. Extremele ei sunt risipa și avariția. În sens restrâns, vorbim de chibzuință abia din momentul în care copilul poate manevra jucăriile și banii. Copilul învață valoarea banilor pe de o parte prin contravaloarea lor și pe de altă parte prin consumul necesar de hărnicie și performanță.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe chibzuință? Aveți sau ați avut probleme financiare? Ce ați face dacă ați avea mai mulți bani? Pe ce anume cheltuiți mai mult banii, pe ce nu i-ați cheltui deloc? Care dintre părinții dvs. era mai chibzuit? Atunci când erați copil sau adolescent, primeați bani de buzunar?

Sinonime/ tulburări: A trăi cumpătat, a gospodări prudent, a fi atent la preț, a toca banii, a risipi, a trăi pe picior mare, generozitate./ Avariție, banii ca instrument al puterii, risipă, nevoia de recunoaștere, jucător de noroc, escrocherie, atitudine pasivă de așteptare, optimism naiv, lipsă de responsabilitate, angoasă existențială, depresii, probleme legate de respectul de sine, neliniște interioară, insomnii, tentative de suicid.

Directive de comportament: A investi bani într-un singur proiect înseamnă a miza totul pe o singură carte. A cheltui bani poate avea diferite scopuri: a-i cheltui pentru sine, pentru familie, pentru oamenii din jur, pentru organizări sociale și pentru viitor. A cheltui bani doar atunci când cunoști veniturile; a discuta planurile împreună cu familia. A da bani de buzunar fiecărui membru al familiei. Se învață: a cheltui și a economisi.

Seriozitate, precizie, conștiinciozitate

Definiție și dezvoltare: Vorbim de seriozitate atunci când ne putem baza pe cineva. Chiar și în absența noastră, această persoană va îndeplini sarcina în modul stabilit și nu ne va dezamăgi așteptările. Precizia înseamnă îndeplinirea unei sarcini așa cum a fost ea prestabilită. Cu cât e mai mare precizia, cu atât mai mică este probabilitatea de eroare. Conștiinciozitatea presupune un criteriu intern pentru precizie, atenție și corectitudine. Se vorbește despre conștiinciozitate atunci când o performanță corespunde acestui criteriu intern, adică atunci când este în armonie cu conștiința.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. pune mai mult preț pe seriozitate? Dvs. sau partenerul dvs. aveți tendința de a face totul impecabil și perfect? Aveți sau ați avut probleme legate de seriozitate, precizie și conștiinciozitate? Atunci când șeful dvs. lipsește, vă îndepliniți sarcinile la fel de bine ca atunci când este prezent? Cum vă simțiți atunci când partenerul este neserios în relația cu dvs.? Puteți da exemple? Care dintre părinții dvs. punea mai mult preț pe seriozitate și precizie? Cum reacționau părinții dvs. dacă se întâmpla să nu rezolvați o sarcină atât de precis?

Sinonime/ tulburări: Acuratețe, pedanterie, exactitate, temeinicie, perfecționism./ Formalitate, lipsă de flexibilitate, superficialitate, abuz de încredere, frica de eșec, conflicte sociale și profesionale, idei obsesive, acțiuni obsesive, dezamăgiri, suprasolicitare, depresii, sentimente de vinovăție, insomnii, meditație.

Directive de comportament: Seriozitatea și lucrul pe cont propriu nu au fost învățate într-o măsură suficientă (Minus-simptomatologie): sarcinile mari reprezintă o suprasolicitare, de aceea este mai bine să fie date sarcini mai mici cu pași frecvenți de control. Persoana în cauză a învățat să perfecționeze anumite activități, neglijând celelalte domenii (Plus-simptomatologie): domeniile noi trebuie făcute treptat accesibile, în special acele domenii ale capacităților primare. Seriozitatea și precizia nu apar decât temporar (atitudine inconsecventă); vor fi susținute, cu pretenție de caracter absolut, încercările de stabilire a contactului, pentru a fi apoi din nou abandonate; de ex. un pacient sună, dorind să stabilească imediat o ședință de terapie, apoi însă nu vine sau întârzie: nu trebuie preluat termenul impus, ci stabilită o nouă dată.

Iubire

Definiție și dezvoltare: Capacitatea către o relație afectivă pozitivă, care poate fi îndreptată către o serie de obiecte cu o gradație diferită. Iubirea nu include de un comportament unitar: individul are capacitatea de a iubi o altă persoană și capacitatea de a se purta astfel încât să fie iubit. Recomandarea generală, „Oferiți-i copilului mai multă iubire“ ajută doar puțin, atâta timp cât lipsește informația legată de domeniul în care există un deficit de iubire și deci tipul de relație emoțională care necesită o valorizare deosebită. Cele mai importante forme de manifestare ale iubirii în educație sunt: modelul, răbdarea, timpul.

Cum o recunoști: Vă acceptați pe dvs. înșivă (corpul dvs.)? Care dintre dvs. are mai mult tendința de a-l accepta pe celălalt partener? V-ați dori să îl aveți pe partener numai pentru dvs.? Într-un grup mare, vă simțiți ocrotit sau încolțit? Ce vă determină să faceți bine altor oameni? Atunci când erați copil, și mai târziu ca adolescent, erați acceptat de către părinții dvs.? În familia dvs., membrii erau mai degrabă darnici sau zgârciți în ceea ce privește tandrețea, atenția și dovezile de iubire?

Sinonime/ tulburări: A fi atașat de cineva, a-ți fi drag, a-ți plăcea, a fi bun față de cineva, a simpatiza pe cineva./ Frica de iubire, respectiv de privarea de iubire, nesiguranță, neîncredere, gelozie, așteptări exagerate, capricii, limitare emoțională, tulburări sexuale, lipsa contactului, blocaj afectiv.

Directive de comportament: Atunci când îl iubiți pe partenerul dvs., vă purtați astfel încât să fiți iubit la rândul dvs.? Atunci când vă purtați astfel încât să fiți iubit, sunteți în stare să și oferiți iubire și tandrețe? Care dintre capacitățile actuale reprezintă pentru dvs. criterii conform cărora vă puteți accepta și iubi partenerul?

Model

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a imita alte persoane, respectiv de a deveni model de imitație pentru ceilalți. Nu vor fi copiate numai conduite, considerate de către model ca fiind preluabile de către ceilalți, ci și poziții, atitudini și sentimente pe care modelul le consideră a fi private. Imitația este una dintre funcțiile esențiale ale învățării. Copilul își imită părinții, percepând imitația ca având un caracter recompensatoriu în sine. Imitația are loc pentru că va fi recompensată. Imitația are loc sau încetează pentru că modelul a fost răsplătit sau pedepsit.

Cum îl recunoști: Care dintre dvs. constituie mai mult un model? Ce persoană, ce personaj, ce autor, ce moto reprezintă modelul dvs.? Vă doriți să fiți la fel ca ceilalți? Care dintre părinți era modelul dvs.? Regăsiți în dvs. (în partenerul dvs.) trăsături și conduite care să vă amintească de o persoană de referință din trecut?

Sinonime/ tulburări: A copia, a imita, a reproduce, a plagia, a se lua după cineva, a călca pe urmele cuiva, a se împăuna cu pene străine./ Tendințe de imitație, limitarea propriei capacități de judecată, respingere afectivă a modelului, pendulare între iubire și ură, inhibiții, idealizare, așteptări foarte ridicate, dezamăgiri, probleme legate de stima de sine, dificultăți financiare.

Directive de comportament: Fiecare din acțiunile și gândurile noastre poate fi un model pentru ceilalți: Purtați-vă conștient de faptul că sunteți un model. Și ceea ce am preluat de la cel mai bun model posibil necesită o verificare: a vedea cu propriii ochi, a auzi cu propriile urechi, a judeca cu propria rațiune.

Răbdare

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a lua propria persoană, un om, o situație așa cum este el/ea. Răbdarea este sinonimă cu abilitatea de a aștepta, de a tolera propriile alegeri ale partenerului, în ciuda incertitudinilor existente și a așteptărilor, de a amâna anumite dorințe și a le acorda timp celorlalți. Dezvoltarea răbdării depinde de valorizările corespunzătoare capacităților actuale implicate. Nu există o persoană principial nerăbdătoare. Ea este poate nerăbdătoare în ceea ce privește punctualitatea, ordinea, chibzuința, fidelitatea sau hărnicia/performanța etc.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. este mai răbdător, respectiv care se enervează mai ușor? În ce situații și față de cine deveniți dvs. și partenerul dvs. nerăbdători? Ce simțiți atunci când partenerul dvs. devine nerăbdător? Puteți aștepta? Vă pierdeți repede controlul? Care dintre părinții dvs. era mai răbdător? Cum reacționau părinții dvs. atunci când se întâmpla să nu mai aveți răbdare?

Sinonime/ tulburări: A bate cu pumnul în masă, a-și ieși din fire, a-i sări mușt arul, a reacționa acru, a-și ieși din pepeni, a se resemna, a accepta, a suporta, a tolera, a domina, a-și păstra sângele rece, a se ține în frâu, a rămâne relaxat./ Nerăbdare, răbdare din frică, inconsecvență, suprasensibilitate, așteptări foarte mari, ambiție, a nu putea asculta, lipsă de considerație, aroganță, dureri de cap, insomnii, neliniște interioară.

Directive de comportament: Nerăbdarea nu trebuie ținută în interior. Se poate vorbi despre ea. Notați ceea ce vă determină să deveniți nerăbdător și prin ce anume l-ați făcut pe partenerul dvs. să devină nerăbdător; vorbiți cu partenerul, într-un moment favorabil, despre aceste lucruri. După ce ați discutat o problemă cu partenerul dvs., acordați-i timpul de care are nevoie pentru a se confrunta cu conceptele dvs. și pentru a-și revizui propriile concepte. Nu vă mulțumiți să constatați că sunteți o persoană nerăbdătoare. Fiți atent în ce situații, față de cine și în ce măsură vă părăsește răbdarea. Dacă ați devenit deja nerăbdător, uneori este mai plăcut să vă cereți scuze decât să purtați după dvs. sentimentele de vinovăție legate de propriul comportament coleric.

Timp

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a controla scurgerea timpului și de a stabili o relație cu trecutul, prezentul și viitorul. Acest lucru se poate întâmpla în mod pasiv, prin preluarea de împărțiri și forme ale timpului, și activ, prin organizarea timpului după un concept personal. Copilul învață încă din copilăria mică dacă poate controla singur timpul, cum îl poate organiza, sau dacă este expus în mod pasiv oricărui eveniment exterior.

Cum îl recunoști: Care dintre dvs. acordă mai mult timp propriei persoane și partenerului? Cum vă simțiți atunci când partenerul dvs. vă acordă puțin timp (situații)? Vă descurcați cu timpul pe care îl aveți, vă simțiți plictisit sau mai degrabă agitat? Aveți îndeajuns de mult timp pentru dvs. și pentru partenerul dvs., puteți întreprinde ceva cu acest timp? Ce ați face dacă ați avea o săptămână de timp liber la dispoziția dvs.? Aveți (partenerul dvs. are) un program de lucru stabil? Ce planuri de viitor aveți? Vă gândiți adesea la ceea ce ați făcut bine sau ați greșit în trecut? Care dintre părinții dvs. vă acorda mai mult timp?

Sinonime/ tulburări: Plictiseală, durabil, statornic, trecător, utopic, agitație, timp liber, vremurile bune, a pierde timpul, timpul înseamnă bani, toate la timpul lor, folosește timpul, căci zboară./ Suprasolicitare, neglijare, frică, meditare, excentricitate, manifestări de stres, fixație în trecut, percepție unilaterală asupra realității, utopie, dureri de stomac, tulburări cardiace, disfuncții sexuale.

Directive de comportament: Gândiți-vă dinainte, ce doriți să faceți cu timpul dvs.; vorbiți despre acest lucru cu partenerul sau cu familia. Prin planificare puteți diminua tulburările. Trebuie să acceptăm însă și surprizele care apar pe parcurs. Stabiliți care vă sunt prioritățile și care nu; analizați-le una câte una. Stabiliți cui îi acordați timp: dvs. înșivă, partenerului, familiei, contactului social, profesiei, perspectivei asupra lumii/religiei.

Contact

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a stabili și de a întreține relații sociale. Contactul social este o formă de manifestare a capacității de contact, care se poate îndrepta și asupra animalelor, plantelor sau obiectelor. Celelalte capacități actuale funcționează drept criterii de alegere a contactului: aștepți de la ceilalți politețe, punctualitate și ordine, preocuparea de anumite domenii de interes etc. și îți cauți parteneri care să corespundă acestor criterii.

Cum îl recunoști: Care dintre dvs. este mai sociabil? Care dintre dvs. dorește mai mult să aibă musafiri în casă? Cum vă simțiți atunci când vă aflați într-o comunitate cu mulți oameni? Vă vine greu să stabiliți un contact cu alți oameni? Cum vă simțiți atunci când aveți mulți musafiri? Care dintre părinții dvs. era mai sociabil? Copil fiind, aveați mulți prieteni sau erați mai degrabă izolat? Atunci când părinții dvs. aveau musafiri, aveați voie și dvs. să participați și să vorbiți?

Sinonime/ tulburări: distractiv, sociabil, a întâlni pe cineva, a da peste cineva, a face ca un lucru să fie mai ușor înțeles, schimb de idei, consiliere, apropriere, legătură strânsă, atingere./ Inhibiții, nesiguranță, neîncredere, suprasensibilitate, lipsa de contact, așteptări foarte mari, izolare, singurătate, evadare

în petreceri, dificultăți financiare, depresii, probleme intergeneraționale, dificultăți transculturale.

Directive de comportament: Nu este suficient să aveți cea mai frumoasă nevoie de contact dacă nu întreprindeți nimic în direcția contact, vizite, musafiri, a scrie scrisori, a telefona, a ieși în oraș etc. A stabili contacte și a întreține relații sociale poate fi învățat. Numai simplul antrenament în ceea ce privește contactul este puțin folositor dacă tulburările de contact sunt bazate pe alte capacități actuale: limitările de contact pot avea loc din motive legate de chibzuință, de ordine, curățenie, politețe, punctualitate etc.

Sexualitate

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a stabili o relație sexuală sau pe considerente sexuale cu propria persoană sau cu un partener (Tu). Noi deosebim între sex, sexualitate și iubire. Sexul se raportează la trăsături și funcții fizice. Sexualitatea se referă la acele trăsături și particularități care devin criterii ale atracției sau ale respingerii. Iubirea este cea care îl implică pe purtătorul acestor trăsături. El va fi iubit nu pentru ceea ce are, ci pentru ceea ce este. În dezvoltarea sexualității, o pondere mare o are modelul direct reprezentat de părinți, felul în care ei au reacționat la nevoile legate de tandrețe ale copilului și modul în care se raportează sexualitatea la celelalte capacități actuale, precum curățenia, politețea, sinceritatea, fidelitatea și punctualitatea.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. este mai activ din punct de vedere sexual? Aveți probleme în domeniul sexualității? Vă place partenerul dvs. din punct de vedere fizic? Care trăsături ale partenerului va plac, care nu? Ați mai avut relații sexuale și cu un alt partener, vă e dor de el? Când ați avut pentru prima oară relații sexuale? Când ați început să vă masturbați? Ce părere aveți despre masturbare? Ce forme ale sexualității preferați? Cine v-a educat în ceea ce privește sexualitatea? Cum era relația părinților dvs. față de sexualitate?

Sinonime/ tulburări: îndrăgostit, iubit, a fi nebun după cineva, tandru, atașat, erotic, pasional, adorabil, excitant, a atrage, a seduce, putere de seducție, atracție, dăruire, plăcere, pasiune./ Sexul ca scop al vieții, hipersexualitate, masturbarea ca dependență, neglijarea sexualității, perversiuni, sadism, masochism, frica de sexualitate, dezamăgire, probleme legate de stima de sine, dificultăți matrimoniale, respingere sexuală, tendințe de dependență.

Directive de comportament: Învață să deosebești între sex–sexualitate și iubire. Ce trebuie educat? Funcțiile sexuale, relațiile interumane, cauzele și consecințele unei relații de cuplu? Toate trebuie explicate în conformitate cu vârsta. A vorbi și despre problemele și dorințele sexuale.

Încredere — încredere în sine

Definiție și dezvoltare. Încredere: Capacitatea de a se baza pe cineva și a se simți protejat în relația cu acea persoană. *Încredere în sine:* Capacitatea de a se

putea baza pe anumite performanțe și trăsături și de a le aștepta. Încrederea apare în primul rând în baza capacităților primare și a capacității de iubire și implică într-o relație de încredere întreaga persoană, uneori tot mediul. Pe de altă parte, încrederea este controlată prin anumite experiențe avute în privința capacităților actuale, adică prin încrederea în sine.

Cum îl recunoști: Aveți încredere în dvs. și în partenerul dvs.? V-a fost dezamăgită încrederea până acum (situații)? Puteți să oferiți încredere persoanelor străine, sau sunteți mai degrabă prudent? De ce capacități și posibilități îl credeți capabil pe partenerul dvs. (fidelitate, sinceritate, hărnicie/performanță, seriozitate, punctualiate)? Vă considerați capabil (îl considerați pe partenerul dvs. capabil) de a vă (își) putea schimba anumite conduite (de ex. a ajunge acasă punctual)? Față de care dintre părinții dvs. aveați mai multă încredere, față de care vă simțeați mai ocrotit atunci când erați copil? Aveau ceilalți încredere în comportamentul dvs. independent, sau erați controlat mereu?

Sinonime/ tulburări: Plin de încredere, care inspiră încredere, demn de încredere, credul, a crede pe cineva capabil de ceva rău, a băga mâna în foc pentru cineva, a fi foarte sigur de ceva, la bine și la rău./ Abuz de încredere, neîncredere, încredere oarbă, dezamăgire, gelozie, ură, invidie, respingere, așteptare exagerată, sentimente de inferioritate, resemnare, angoase, depresii.

Directive de comportament: În locul neîncrederii, mai multă precizie și sinceritate. La ce trăsături, persoane și grupuri se raportează încrederea, încrederea în sine și neîncrederea? Cum a apărut neîncrederea, prin dezamăgire sau prin imitație?

Speranță

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a dezvolta, dincolo de momentul prezentului, relații pozitive cu propriile capacități, cu cele ale partenerului și ale grupului. În acest sens, noi sperăm că mâine, anul viitor sau la un anumit moment dat se va întâmpla ceva care va da un sens acțiunilor noastre sau chiar întregii noastre vieți. Concepul pozitiv al speranței este optimismul, iar cel negativ pesimismul. În dezvoltarea ei, speranța depinde de experiențele și percepțiile pe care le-a avut un individ și de posibilitățile care i-au fost oferite lui prin mediul din care făcea parte. Speranța, ca relație cu viitorul, este controlată prin experiențe pozitive și dezamăgiri raportate în mod concret la anumite capacități actuale.

Cum o recunoști: Care dintre dvs. este mai optimist? Ce planuri aveți pentru viața privată și profesională? Cum reacționați (cum reacționează partenerul dvs.) atunci când sunteți dezamăgit (situații)? În ce domenii sunteți deosebit de vulnerabil față de dezamăgiri (situații)? Aveți speranța că lucrurile se vor schimba în bine în ceea ce vă privește pe dvs. și partenerul dvs. (argumenta-

re)? Care dintre părinții dvs. era mai optimist sau mai pesimist? Cum s-a manifestat acest lucru?

Sinonime/ tulburări: A spera, a se baza pe ceva, a-și da cuvântul, promițător, a aștepta, a oferi o perspectivă cuiva, a se agăța de un fir de pai, a vedea totul în roz, a vedea negru înaintea ochilor, inutil, fără speranță, intangibil, nerezolvabil, imposibil./ Deznădejde, nemulțumire, pesimism, resemnare, evadare în fantezie, atitudine pasivă de așteptare, optimism naiv, angoasă existențială, frica de moarte, blocarea capacității de acțiune, intenții suicidale.

Directive de comportament: „Fiecare noapte întunecată are un final luminos". În loc de: „Nu puteți", „Nu puteți încă". Deosebiți între ceea ce poate fi schimbat și ceea ce trebuie să învățați să acceptați (nașterea, moartea, trecutul). Mă aștept eu numai să mi se împlinească speranța, sau fac ceva concret în acest sens? Și cea mai neagră deznădejde are cauzele ei, de cele mai multe ori în experiențele cu anumite capacități actuale. Moto: Care sunt rădăcinile reale ale deznădejdii? În ciuda speranței și a celei mai minuțioase planificări, rămâne un rest care nu poate fi calculat. Moto: Mă bucur de viitorul sperat, dar mă bucur și de surprize.

Credință/religie

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a stabili o relație cu necunoscutul și de a și-l apropia treptat, până când o parte a acestui necunoscut devine cunoscută. Credința se poate îndrepta către propriile capacități, către cele ale oamenilor din jur, către necunoscutul și cercetarea științifică și către incognoscibilul religiei. Într-o primă fază, copilul dispune de o credință absolută. Mai târziu se diferențiază conținuturile de credință; copilul crede în atenția sau în dreptatea părinților. Prin intermediul modelului reprezentat de părinți, copilul învață să construiască o relație față de necunoscut și preia formele marcate istoric ale credinței religioase sau cu privire la perspectiva asupra lumii.

Cum o recunoști: Există în relația dvs. probleme legate de religie sau de viziunea asupra lumii? Care dintre dvs. este mai religios? Credeți într-o ființă superioară? Credeți într-o viață după moarte? Ce părere aveți despre religii? Cărei comunități religioase îi aparțineți? Ce relație aveți cu biserica? Care dintre părinții dvs. era mai religios? Cum era practicată religia la dvs. acasă (rugăciuni, meditație, ritualuri)? Credeți că dvs. și partenerul dvs. vă mai puteți dezvolta în continuare și accesa alte rezerve din interiorul dvs? Aveți scopuri exacte legate de activitățile dvs. profesionale și personale?

Sinonime/ tulburări: A presupune, a considera, a crede, a bănui, a se baza pe, a avea încredere, viziune asupra lumii, ideologie, teorie, ipoteză./ Superstiție, bigotism, criză de credință, scepticism, frică, agresivitate, imitații, resemnare, suprasolicitare, nesiguranță, oscilații ale dispoziției, angoasă existențială, ură colectivă, prejudecăți, fanatism, obsesie religioasă etc.

Directive de comportament: Fiecare om, fără excepție, are capacitatea de a crede. Învață să deosebești între credință, religie și biserică. A crede în sine însuși, în propriile capacități, într-un partener, într-un grup, într-un idol, într-o idee, o teorie, o viziune asupra lumii, într-un Dumnezeu.

Dubiu

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a pune la îndoială o credință, de a face deosebiri și de a cântări conținuturi. Funcția dubiului, care se raportează mai degrabă la anumite capacități actuale decât la întreaga personalitate, se învață în interacțiunea cu persoanele de referință.

Cum îl recunoști: Către ce este îndreptat dubiul dvs.? Va îndoiți de propriile dvs. capacități? Aveți câteodată sentimentul că nu aveți soțul (soția) potrivit(ă)? Vi se pare că nu v-ați ales profesia potrivită? V-ar fi plăcut să vă fi născut în alte vremuri, alt mediu și într-o altă societate? Se întâmplă să aveți dubii legate de religia dvs. și de viziunea asupra lumii? Care dintre părinții dvs. era mai sceptic?

Sinonime/ tulburări: Conflict interior, a oscila, a ezita, a fi nehotărât, a lupta cu sine însuși, a nu spune nici da, nici nu, a fi pe cale de a lua o decizie./ Nesiguranță, frică, ambivalență, oscilații ale dispoziției, toane, nerăbdare, incertitudine, incapacitatea de a lua decizii, nedumerire, probleme legate de stima de sine, negativism.

Directive de comportament: Dubiul nu trebuie evaluat numai ca slăbiciune, căci el reprezintă o funcție esențială a controlului corespunzător al realității. Te îndoiești de tine însuți, de partener, de lume sau de anumite trăsături care au devenit de nesuportat datorită pretențiilor noastre?

Certitudine

Definiție și dezvoltare: Capacitatea, urmată stării de dubiu, de a lua decizii care să nu mai trezească sentimente de vinovăție. Omul este în stare de a spune în mod clar da sau nu și de a se identifica cu această decizie. Dincolo de acest lucru, certitudinea se referă la o calitate sau la o intensitate a credinței. Și la copil se întâlnesc situații ale dubiului. Atunci când țipă să i se dea de mâncare, el nu știe dacă va veni cineva să îl hrănească. Prin faptul că mama îi acordă mereu atenție, se dezvoltă certitudinea: „Chiar dacă nevoile mele nu sunt imediat împlinite, ele vor fi totuși satisfăcute în curând".

Cum o recunoști: Atunci când luați decizii, aveți sentimentul că ceea ce faceți este corect? Cât de sigur vă simțiți atunci când trebuie să luați o decizie (profesională sau personală)? Care dintre părinții dvs. transmitea mai degrabă un sentiment de siguranță, relaxare și certitudine? Cum se comportau părinții dvs. atunci când se întâmpla să luați o decizie pe cont propriu?

Sinonime/ tulburări: Siguranță, convingere clară, indubitabil, absolut, definitiv, indiscutabil, incontestabil, neîndoielnic, firesc, în orice caz, constanță./ Ri-

giditate, dogmatism, fixație, fanatism, respingere, ambivalență, sentimente de culpabilitate, incertitudine, angoase, neîncredere, deznădejde, suprasolicitare.

Directive de comportament: Controlul certitudinii, al dubiului este o capacitate umană a verificării realității. În legătură cu ce conținuturi aveți certitudini: fidelitate, sinceritate, dreptate, conținuturi religioase și legate de viziunea asupra lumii? A confrunta propriile certitudini cu certitudinile altora (contact, a vorbi, a recunoaște conflictele și a le rezolva, înțelegere și respect reciproc, relativitatea valorilor).

Unitate

Definiție și dezvoltare: Capacitatea de a integra caracteristicile capacităților actuale, capacitățile de bază, sistemele de valori și percepțiile. Această unitate psihică trebuie să aibă alături unitatea de personalitate, care se referă la integrarea unitară a funcțiilor, trăsăturilor și nevoilor corpului, mediului și timpului. Acestor două unități le este supraordonată „unitatea universală", care se referă la capacitatea de a stabili legături cu alți oameni, grupuri, ființe, obiecte și puteri, și de a înțelege legăturile existente între ele. Unitatea de personalitate, care include și autopercepția, depinde de dezvoltarea capacităților actuale, a celor de bază și de experiențele avute cu acestea.

Cum o recunoști: Sunteți mulțumit de înfățișarea dvs., de starea sănătății dvs., de capacitatea dvs. fizică de performanță? Sunteți mulțumit de dvs., de trăsăturile și de capacitățile pe care le aveți? La ce raportați sensul vieții: la propria stare de bine, la familie, la grupuri, la întreaga umanitate, la un viitor mai bun? Aveți sentimentul de a fi în armonie cu propria persoană? Aveți sentimentul că formați o unitate cu mediul dvs. înconjurător sau că vă aflați față în față cu ea? Aveați sentimentul de a fi acceptat de către părinți în toate domeniile legate de personalitatea dvs., și dacă nu, ce domenii și conținuturi erau accentuate sau neglijate?

Sinonime/ tulburări: Colaborare, integrare, identitate, unitar, armonie,legături, sistem universal, uniformitate, totalitate, sinteză, structură, polaritate./ Pierderea unității, dezintegrare, depersonalizare, unilateralități, examinare ipohondră a corpului, profesia ca scop al vieții, evadare în fantezie, în viitor, prejudecăți, crize de identitate, totalitarism, idolatrie, sectarism, eclectism.

Directive de comportament: Tot ceea ce facem depinde de tot ceea ce se află în jurul nostru, chiar și când nu vrem conștientizăm acest lucru. Există un număr mare de măsuri de referință care ne pot face să formăm o unitate într-o anumită situație. Terapia nu este numai îndepărtarea tulburării, ci restabilirea unității. O boală, o suferință, o criză nu constituie tulburări universale, ci tulburări ale anumitor domenii. Învață să deosebești între tulburări și capacități.

Cercetări statistice cu privire la analiza diferențială

În continuare am încercat să verificăm din punct de vedere statistic întrebarea cu privire la ce capacități actuale (capacitățile primare și secundare), referitoare la conflictele de cuplu și cele profesionale, precum și la tulburările de comportament, sunt menționate adesea la copii. Datele noastre au fost adunate după metoda interviului directiv cu pacienții (autoevaluare și evaluarea celorlalți) și structurate de către intervievator după importanța subiectivă apreciată de către el. Următoarele „rezultate" pot reflecta așadar o tendință.

Conflicte de cuplu (disfuncții sexuale) și capacitățile actuale

Din actele pacienților cu disfuncții sexuale (dificultăți de obținere a orgasmului, ejaculare precoce, impotență, frigiditate, masturbarea ca obsesie) a fost extras, după un principiu aleatoriu, un eșantion de 50 de pacienți (16 masculini, 34 feminini). Fiecare pacient(ă) a fost întrebat(ă) în legătură cu factorii conflictuali posibili, existenți în relația cu partenerul său (soț, prieten, prietenă). Drept factori conflictuali au fost luate în considerare capacitățile actuale incluse în inventarul analitico-diferențial (forma sa prescurtată).

Cel mai adesea (de 48 de ori, adică 96% din cazuri), ca factor conflictual foarte important în relația dintre parteneri a fost numit domeniul: ordine. Totuși, dacă sunt incluse ca măsuri complementare și „politețea", „sinceritatea/fidelitatea", acestea se dovedesc a fi, cu 50 de numiri (100%), cel mai frecvent material al tulburărilor.

34 de pacienți (68%) au considerat capacitatea actuală „punctualitate" unul dintre cele mai importante conținuturi conflictuale în relația de cuplu. Pentru 31 de pacienți, curățenia a reprezentat un factor conflictual prioritar (62%). 27 (54%) de pacienți au subliniat semnificația hărniciei/performanței, 24 (48%) importanța chibzuinței pentru situația lor conflictuală. Celelalte capacități secundare au fost, în legătură cu disfuncțiile sexuale, mai puțin menționate.

Dintre capacitățile primare, a fost scoasă în evidență, ca factor de conflict, lipsa de „răbdare“ (34 de menționări, 86%), de „contact“ (30 de menționări, 60%) și de „timp“ (16 menționări, 32%).

Cu ajutorul Testului χ^2 pentru variabile cu mai mult de două clase calitative (Mittenekker, 1968, p. 45) a fost verificat dacă diferitele frecvențe pot fi considerate a fi întâmplătoare. χ^2 oferă aici o valoare semnificativă pentru nivelul de 5%: probabilitatea ca diferitele frecvențe să fie întemeiate pe întâmplare măsoară mai puțin de 5%.

Conflicte profesionale și capacitățile actuale

Această cercetare are la bază un eșantion format din 34 de pacienți (16 masculini, 18 feminini), care au venit la noi din cauza dificultăților în viața profesională sau în formarea profesională (profesori, școală, studiu) și a tulburărilor funcțional-vegetative și nevrotice corespunzătoare. 18 pacienți au numit frica și agresivitatea ca simptome. Este interesant de menționat faptul că numai trei bărbați (față de 8 femei) au menționat frica și simptomele fobice, în timp ce 6 bărbați (față de o singură femeie) s-au plâns de manifestări agresive și/sau conduite comportamentale. 13 pacienți au menționat nervozitatea, neliniștea interioară și tulburările de concentrare. Tulburările de concentrare au fost semnificativ mai des menționate de către bărbați decât de către femei. Situația stă invers în cazul nervozității și al neliniștii interioare, unde, după toate aparențele, centrul de greutate se află la pacienții de sex feminin. 9 pacienți s-au plâns de dureri gastrointestinale, precum și de ulcer ventricular și duodenal. În cazul ultimului tablou clinic, au dominat 6 pacienți masculini față de o singură pacientă. De asemenea, 9 pacienți s-au plâns de inhibiții.

În acest grup s-a dovedit următoarea apreciere a potențialelor conflictuale: În cazul capacităților secundare, în prim-plan s-a aflat lipsa de „sinceritate/francheță“ a pacienților (în domeniul privat și profesional). 15 pacienți au menționat „sinceritatea/francheța“ drept potențial conflictual, 11 pacienți au indicat capacitatea actuală „politețe“. A fost menționată în mod frecvent și trilogia „punctualitate“, „curățenie“, „ordine“. Acest grup a apărut de 28 de ori. De mai mult de 10 ori au fost numite capacitățile actuale „hărnicie/performanță“, „chibzuință“, „precizie/seriozitate“. Nu au putut fi stabilite diferențe semnificative în funcție de sex.

În cadrul capacităților primare, au fost indicate ca fiind disfuncționale, capacitățile actuale „sexualitate“ (17 menționări), „răbdare“ (16) și „contact“ (15), în timp ce ideile religioase (5) au fost relativ puțin menționate. Lipsa de „răbdare“ a părinților față de copiii lor, actualii pacienți adulți, și relația părinților unul față de celălalt au fost indicate în 16, respectiv 15 cazuri ca fiind tulburate, în timp ce relația părinților cu lumea exterioară („contact“) și cu „religia“ a fost percepută ca fiind mai puțin conflictuală. Cel puțin 12 din 34 de pacienți și-au apreciat relația cu părinții ca legătură parentală (conflictuală), o pondere semnificativ mai mare având-o legătura maternă (legătura maternă 10 menționări, legătura paternă 2 menționări).

Tulburările de comportament la copii și adolescenți, ținând seama de capacitățile actuale

Cercetările au la bază un eșantion de 48 de copii (32 băieți, 17 fete, între 3 și 16 ani), care ne-au fost prezentați din cauza diferitelor tulburări psihoreactive, funcțional-vegetative și nevrotice. Cei mai mulți copii prezentau mai multe simptome. Relativ frecvent au venit copii care prezentau inhibiții și tulburări de contact, dificultăți școlare, tulburări de învățare și de concentrare, frică sau comportament agresiv și neliniște interioară/nervozitate.

Părinții (persoanele de referință) au fost întrebați ce capacități secundare apar în ochii lor ca fiind „tulburate“ la copiii lor. În continuare, ele au fost întrebate în legătură cu relația pe care o au cu respectivul copil, relația pe care o au părinții unul cu celălalt, cu lumea exterioară și cu religia (conflictul de bază).

Din capacitățile secundare, se disting — foarte semnificativ din punct de vedere statistic —„hărnicia/performanța“ și „ordinea“: aceste două trăsături de comportament constituie, aparent, potențiale conflictuale în cele mai multe cazuri.

În continuare, deși nesemnificative din punct de vedere statistic, dar relativ frecvent menționate, au fost considerate a fi importante „curățenia“, „politețea“, „sinceritatea“, „supunerea“ și „punctualitatea“.

Nu au fost deloc menționate în această cercetare „dreptatea“, „precizia/seriozitatea“ și „chibzuința“.

Semnificativ din punct de vedere statistic este faptul că în vârful capacităților primare se află lipsa de „răbdare“ (39 din 48 de cazuri) a părinților față de copil, urmată de lipsa de „timp“ (31 din 48). Relațiile părinților unul față de celălalt erau tulburate în 32 de cazuri (10 cupluri divorțate), iar relațiile cu lumea exterioară în 21 de cazuri (tulburări de contact ale părinților). Atitudinile și conduitele religioase au apărut numai rareori ca fiind potențiale conflictuale.

Rezultatele prezentate aici indică legăturile existente între capacitățile actuale conflictuale și simptomele manifeste. Trebuie totuși să observăm, în mod restrictiv, că aceste cercetări statistice au, înainte de toate, numai un caracter de cercetări preliminare și că ele nu pot decât să indice direcții generale. Un inventar analitico-diferențial, care să satisfacă cerințele construcției chestionarului și să poată oferi astfel date „mai consistente“, este în pregătire. O serie de cercetări științifice asupra analizei diferențiale constituie obiectul unui proiect de cercetare al Institutului de Psihologie al Univeristății din Mainz (prof. Benesch).

Bibliografie

Abdúl-Bahá: *Beantwortete Fragen*, Bahá'i-Verlag, Frankfurt am Main (1962)

Adler, A.: *Kindererziehung*, Fischer Taschenbuch Nr. 6311 (traducerea în limba germană a *The education of children,* 1930)

Adler, A.: „Individualpsychologische Behandlung der Neurosen", în *Praxis und Theorie der Individualpsychologie,* Fischer Taschenbuch Nr. 6236

Ammon, G.: *Dynamische Psychiatrie,* Luchterhand, Darmstadt (1973)

Ammon, G.: *Psychoanalyse und Psychosomatik,* Piper Verlag, München (1974)

Argelander, H.: *Das Erstinterview in der Psychotherapie,* Wissenschaftl. Buchges., Darmstadt (1970)

Bach, G., Deutsch, H.: *Pairing,* Diedrichs, Düsseldorf (1972)

Bachmann, C. H. (Hrsg.): *Psychoanalyise und Verhaltenstherapie,* Fischer Taschenbuch Nr. 6171

Bahá'u'lláh: *Ährenlese,* Bahá'i-Verlag, Frankfurt am Main (1961)

Balint, M.: *Therapeutische Aspekte der Regression*, Rowohlt, Hamburg (1973)

Balint, M.: *Angstlust und Regression-Beitrag zur psychologischen Typenlehre* (1974)

Battegay, R.: *Der Mensch in der Gruppe*, 3 Bde., Hans Huber, Bern (1973)

Battegay, R.: *Psychoanalytische Neurosenlehre; Eine Einführung*, Hans Huber, Bern (1971)

Battegay, R., Mühlemann, R., Zehnder, R., Dillinger, A.: „Konsumverhalten einer repräsentativen Stichprobe von 4082 gesunden 20jährigen Schweizer Männern in bezug auf Alkohol, Drogen und Racuhwaren", în: Schweiz. Med. Wschr. 105, 180-187 (1975)

Beck, D. (Hrsg): *Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates*, Schwabe & Co., Basel/Stuttgart (1975)

Benedetti, G: „Die Welt des Schizophrenen und deren psychotherapeutische Zugänglichkeit", în: Schweiz. Med. Wschr., 84, 1029 (1954)

Berger, M. M.: Vorwort zu *Gestalttherapie* (Polster, E. u. M.),Kindler, München (1975)

Berne, E: *Spiele der Erwachsenen*, Rowohlt, Hamburg (1967)

Bitter, W.: *Psychotherapie und religiöse Erfahrung*, Klett, Stuttgart (1965)

Bollnow, O. F.: *Wesen und Wandel der Tugenden*, Ullstein, Berlin (1938)

Bräutigam, W.: *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien*, Thieme, Stuttgart (1968)

Brenner, Ch.: *Grundzüge der Psychoanalyse*, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main (1967)

Bühler, Ch.: *Psychologie im Leben unserer Zeit*, Droemer/Knaur, München/Zürich (1962)

Clauser, G.: *Die moderne Elternschule*, Herder, Freiburg/Br. (1972)
Cremerius, J.: *Psychoanalyse und Erziehungspraxis*, Fischer Taschenbuch Nr. 6076
Christoph-Lemke, Ch., „Bestrafung", în: *Handbuch der Verhaltenstherapie*, editată de Kraiker, 33-84 (1974)

Deidenbach, H.: Rezension zu *Schatten auf der Sonnenuhr* (N. Peseschkian), Medical Tribune, Wiesbaden (1975)
Depner, R.: *Ärztliche Etik und Gesellschaftsbild*, Enke, Stuttgart (1974)
Dreikurs, R., Stoltz, V.: *Kinder fordern uns heraus*, Klett, Stuttgart (1967)
Dreikurs, R.: „Überwindung falscher gesellschaftlicher Normen", în: *Die Wirklichkeit und das Böse*, editat de U. Derbolowski, Christians, Hamburg (1970)
Dreikurs, R., Blumenthal, E.: *Eltern und Kinder, Freunde oder Feind*, Klett, Stuttgart (1973)

Erikson, E. H.: *Einsichten und Verantwortung*, Fischer Taschenbuch (1971)
Erikson, E. H.: *Kindheit und Gesellschaft*, Klett, Stuttgart (1971)
Erikson, E. H.: *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkampf, Frankfurt/M. (1966)
Esslemont, J. E.: *Bahá'u'lláh und das neue Zeitalter*, Bahá'i-Verlag, Frankfurt am Main, a 4-a ediție (1963)
Etessami, Parvin*: Diwan Ekssami*, apărut în limba persană la Madjless Verlag, Teheran (1954)
Ey, H.: *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale*, Paris (1948)
Eysenck, H. J.: *Handbook of abnormal Psychology*, Basic Books (1960)
Eysenck, H. J., Rachmann, S.: *Neurosen: Ursachen und Heilmethoden*, VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin (1967)

Fahrenberg, J., Selg, H.: *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*, Hogrefe, Göttingen (1970)
Fanai, A.: *Systematische Einführung in die moderne Psychoanalyse*, dipa- Verlag, Frankfurt am Main (1972)
Fenichel, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, W. W. Norton, New York (1945)
Festinger, L.: *A Theory of Cognitive Dissonance*, Standford, Calif. (1957)
Fittkau, B., Schulz von Thun, F.: „Ein paar Worte über Kommunikationstrainings", în Psychologie heute, al 3-lea an de apariție, caietul 2 (1976)
Frankl, V.: „Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie", în: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. 3, Urban și Schwarzenberg (1959)
Frankl, V.: *Ärztliche Seelsorge; Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*, Deuticke, Wien (1966)
Freud, A.: *Wege und Irrwege der Kinderentwicklung*, Huber/Klett, Bern/Stuttgart (1968)
Freud, S.: *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*, Fischer Taschenbücher Nr. 6079
Freud, S.: „Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)", G. W., Bd. 5, 289-315.

Freud, S.: „Die endliche und die unendliche Analyse", G. W., Bd. 16, 59-99
Fromm, E.: *Revolution der Hoffnung*, Klett, Stuttgart (1971)

Goeppert, S.: *Grundkurs Psychoanalyse*, Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbeck 1976.
Guilford, J. P.: *Persönlickeit*, Beltz, Weinheim (1964)

Harris, Th. A.: *Ich bin O. K. Du bist O. K.*, Rowohlt, Hamburg (1975)
Horney, K.: *Selbstanalyse*, Kindler Taschenbücher (1974)

Jacobson, E.: *Progressive Relaxation*, Chicago (1938)
Janov, A.: *Revolution der Psyche*, S. Fischer, Frankfurt am Main (1976)
Janov, A.: *Der Urschrei; Ein neuer Weg der Psychotherapie*, S. Fischer, Frankfurt am Main (1974)
Jordan, D. C.: *Durchbruch zur Selbstverwirklichung*, Bahá'i- Briefe, caietul 37 (1969)
Jordan, D. C. și Streets D. T.: *Guiding the Process of Becoming*, World Order (1973)
Jung, C. G.: *Psychologische Typen*, Rascher, Zürich (1921)
Jung, C. G.: *Psychologie und Religion*, Rascher, Zürich (1940)

Katz, D. și Stotland, E.: „A Preliminary Statement to a Theory od Attitude Structure and Change", în: S. Koch (Hg.), *Psychology*: Study of a Science, Bd. 3, New York, 423-475 (1959)
Köhler, W.: *Gestalt Psychology*, Liveright, New York (1929)
Kraiker, Ch.: „Bemerkungen über die empirischen und theoretischen Grundlagen der Verhandlungstherapie", în: *Handbuch der Verhaltenstherapie*, editat de Kraiker, 11-32 (1974)
Kranz, H.: „Abgrenzung der Neurose gegenüber Psychopathie und Psychose", în *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. 1, editat de Gebsattel-Schultz, Urban și Schwarzenberg (1957)
Kretschmer, E.: *Körperbau und Charakter*, a 24-a ediție, Springer, Berlin (1961)
Künkel, F.: *Ringen um Reife; eine Untersuchung über Psychologie, Religion und Selbsterziehung*, Friedrich Bahn, Konstanz (1962)

Langen, D.: *Psychotherapie: Kompendium für Studenten und Ärzte*, Thieme, Stuttgart (1973)
Lazarus, A. A.: „The Results of Behavier Therapy in 126 Cases of Severe Neurosis", în: Behav. Res. Ther. 1:69 (1963)
Loch, W.: *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*, S. Hirzel, Stuttgart (1971)
Luria: *Das Leben, das unvollendete Experiment*, Piper, München (1974)

Maass, G.: „Schwindel als psychosomatisches Symptom", în: *Diagnostik*, 10, al 9-lea an de apariție (1976)
Maeder, A.: *Selbsterhaltung und Selbstheilung*, Kindler Taschenbücher Nr. 2062/63

Mann, L.: *Sozialpsychologie*, Beltz, Weinheim și Basel (1972)
Meyer, H. H. (Hrsg.): *Seelische Störungen*, Umschau-Verlag, Frankfurt am Main (1969)
Meyer, V., Chesser, E. S.: *Verhaltenstherapie*, Thieme, Stuttgart (1971)
Mitscherlich, A.: *Krankheit als Konflikt; Studien zur psychosomatischen Medizin*, II, Suhrkampf, Frankfurt am Main (1967)
Mitscherlich, A.: *Versuch, die Welt besser zu bestehen; Fünf Plädoyers in Sachen Psychoanalyse*, Suhrkampf, Frankfurt am Main (1970)
Mittenecker, E.: *Planung und statistische Auswertung von Experimenten*, Franz Deutikke, Wien (1968)
Murray, H. A.: *Thematic Apperception Test*, Harvard (1943)

Pawlow, J. P.: *Vorlesungen über die Arbeit der Grosshirnhemisphären*, Sämtliche Werke, BD. IV, Akademie-Verlag, Berlin (1953)
Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P.: *Gestalt Therapy*, New York (1951)
Peseschkian, N.: „Lerne zu differenzieren, eine wichtige Aufgabe und Voraussetzung für die Gruppenpsychotherapie", în: Die *Wirklichkeit und das Böse*, editat de U. Derbolowsky, Christians, Hamburg (1970)
Peseschkian, N.: „Leistungsmotivation unter psychotherapeutischem Aspekt", în: *Gesundheit heute und morgen*, editat de H. Karl, Wiesbaden, al 10-lea an de apariție, caietul 3/4 (1974)
Peseschkian, N.: „Neue Behandlungsmöglichkeiten autonomer Fehlsteuerung, dargestellt an einem Fall von Ulcus duodeni", în: *Fehlsteuerungen des autonomen Nervensystems*, editat de D. Gross, D. Langen, Hippokrates, Stuttgart (1976)
Peseschkian, N.: „Zum Beispiel Höflichkeit", în*: Sexualmedizin*, 3, 506-510 (1974)
Peseschkian, N.: „Kopfschmerzen in Abhängigkeit von sozialen Normen und Konflikten. Was hat Pünktlichkeit mit Kopfschmerzen zu tun?", în: *Kopfschmerz-Headache?*, editat de Barolin, G. S., Saurugg, D., Hemmer, W. (1975)
Peseschkian, N.: „Herzrhytmusstörungen unter psychosomatischem Aspekt", în: Vehandlungen der deutschen Gesellschaft für innere Medizin, 81. Bd., J. F. Bergmann, München (1970)
Peseschkian, N.: „Kosmetische Chirurgie-und dann?", în: Medical Tribune, 42, 37 (1973)
Peseschkian, N.: *Psychotherapie des Alltagslebens*, Fischer Taschenbuch Bd. 1855
Peseschkian, N.: „Differenzierungsanalyse innerhalb der Gruppe", Vortrag auf der Arbeitstagung des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (ADGG), Göttingen, (1971)
Polster, E. și M.: *Gestalttherapie; Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*, Kindler, München (1975)
Pschyrembel, W: *Klinisches Wörterbuch*, a 25-a ediție, de Gruyter, Berlin (1972)
Puntsch, E.: *Zitatenhandbuch*, a 5-a ediție extinsă, Moderne Verlags GmbH, München (1971)
Rachman, S.: Critical Essays on Pschoanalysis, Pergamon Press, Oxford (1963)

Rank, O.: *Das Trauma der Geburt* (1924)
Richter, H. E.: *Eltern, Kind und Neurose*, Klett, Stuttgart (1963)
Richter, H. E., Strotzka, H., și Willi, J.: *Familie und seelische Krankheit*, Rowohlt, Hamburg (1976)
Rogers, C. R.: *Counseling and Psychotherapy* (1942)
Rogers, C. R.: „The necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change", în: J. Consult Psychal, 21, 95-103 (1957)
Rogers, C. R.: The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance", în: Harward Educ. Review, 416-429 (1962)
Rosenberg, M. J.: „A structural Theory of a Attitude Dynamics", în: Publ. Opin. Quart., 24, 319-340 (1960)
Rumi (numit Mowlana): *Massnavi*, apărut în limba persană la: Islŕimie-Verlag, Teheran

Saadi: *Diwan Saadi*, apărut în limba persană la Marefat Verlag
Selye, H.: *Stress beherrscht unser Leben*, Econ, Düsseldorf (1957)
Schulte, W., Tölle, R.: *Psychiatrie*, Springer, Berlin (1971)
Schultz-Hencke, H.: *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart (1951)
Schultz, J. H.: *Das autogene Training*, a 13-a ediție, Thieme, Stuttgart (1970)
Shoben, E. J.: „Some observations on Psychotherapy and the Learning Process", în: O. H. Mawrer, *Psychotherapy, Theory and Research*, New York (1953)
Spiegelberg, U.: *Colitis ulcerosa*, Enke, Stuttgart (1965)
Spoerri, Th.: *Kompendium der Psychiatrie*, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am Main (1963)
Süllwold, L.: „Der pädagogische Impetus des Buches ist dessen Stärke", Rezension zu *Schatten auf der Sonnenuhr* (N. Peseschkian), Medical Tribune, Wiesbaden (1975)
Stern, W.: *Theorie und Wirklichkeit als metaphysisches Problem*, Carl Winter, Heidelberg (1923)
Stern, W.: *Person und Sache*, Gesammelte Werke, Bd. 1 (1923)

Tausch, R.: *Gesprächspsychotherapie*, Holgrefe, Göttingen, a 6-a ediție (1974)
Thibant, J. W., Kelley, H. H.: *The Social Psychology of Groups*, New York (1959)

Weil, A. P.: „Der psychische Urkern", în: Psyche, 5 (1976)
Wengle, E. M.: „Die systematische Desensibilisierung", în: *Handbuch der Verhaltenstherapie*, editat de Kraiker (1974)
Wolpe, J.: *Praxis der Verhaltenstherapie*, Huber, Bern (1972)

Lista exemplelor de cazuri prezentate

Nu știu cui să mă adresez 27
Doar un nemernic 33
Cât să tot aștepți 44
Viitorul nesigur 45
Stelele sunt nefavorabile 46
A sta și a aștepta 47
Mă simțeam îngrozitor 48
Sentimente de omnibus-omnipotență 49
Veți fi desensibilizată sistematic 49
Cine are complexe 50
Am nevoie de încă ceva timp 50
Nu voiam să fiu nepoliticoasă 54
Psihoză afectivă 91
Mănâncă mai întâi ceva 112
Dacă mama spune „da“, atunci așa rămâne 115
Dragoste la prima vedere 116
Frica de schimbări 116
Cât de frumos ar fi 119
Cum era să știu 122
Ce spune lumea 123
Și acum îi mai aud încă vocea 128
Liniștea era mai importantă pentru el 130
Cel care crede se va mântui 132
Pierderea scopului vieții 134
Mă consideră un ratat 156
Nu sunt bună de nimic 156
Nechibzuință datorată infidelității 157
Ce-are a face atrofia musculară cu dreptatea 159
Dacă aș fi știut numai 165

Aprobatorul 165
Ce să fac? 166
Dumnezeul meu este nedrept 167
Obligația succesului 170
De unde atâta climat organizațional 170
Contactul sexual drept consecință logică 172
Fără mine 173
Rugăciunea în pat 174
Mami, ce e cu tine? 176
Îmi cunosc într-adevăr soția? 177
E conștientă soția mea de cum se poartă 177
Cel care nu vrea să asculte trebuie să simtă 178
Mă descurc foarte bine 179
Norocul de a avea două femei 180
Eu și ceilalți 182
Afară e vopsit gardul, înăuntru-i leopardul 183
Soțul meu nu miroase bine 183
A face duș sau a face baie 184
Fiecare cu ale lui 186
Fiul meu își oferă sufletul pe tavă 191
Copilul meu trebuie să reușească ceea ce eu nu am reușit 201
Azi așa — mâine așa 203
Trebuie să fie ordine 210
Nu mă mai descurc 211
Suprasolicitare 212
Nu știu cine sunt 213
Așa este el 214
Mulțumită părinților 215
Tradiție de familie 216
Trebuie să fii mereu drăguț cu străinii 217
M-am sacrificat pentru ea 218
Niciodată din nou! 219
Slăbiciune pentru bruneți 220
Pedeapsa de a fi femeie 220
Cum tu mie, la fel și eu ție 221
Caut un bărbat adevărat 222
Iubirea ca instituție de formare 223
… atunci m-am deșteptat 224
Bolnavul închipuit 225
Dumnezeu-Tatăl 225
Oricum mori 226
Dacă aș fi moartă 227

Soțul meu este un tiran! 229
Doamna Ute S.
Primul interviu 235
Diagnosticul și planul de tratament 258
Terapia 263
Totul e numai din vina mea 290
Ce se întâmplă cu traiul în comun 311
Nu vei reuși niciodată 311
Nu mai suport să aud asta 311
Soția mea poate suporta multe 311
Concept optimist 312
Cum de-a putut numai 313
Consiliul de familie 341
Sexualitate și punctualitate 352
În sfârșit m-am impus 352
Fiul meu este un delincvent sexual 397

Lista poveștilor

(Mitologii-Concepte-Contraconcepte)

1. Curioșii și elefantul 25
2. Hakimul știe tot 30
3. Semn sigur al prostiei 32
4. Nu totul dintr-o dată 33
5. Cămila perfectă 40
6. Odată și odată tot trebuie luată o hotărâre 43
7. Astrologul 47
8. Umbre pe cadranul solar 51
9. Papagalul și sacul cu zahăr 53
10. Prețul corect 93
11. Cel care aduce soarele 105
12. Obsesia vindecată 118
13. Povara incertitudinii 162
14. Feed-back 137
15. Fiecare este singur 188
16. Pe jumătate plină și pe jumătate goală 183
17. De câte ori mai am voie să mor? 191
18. Depresiile sunt doar nori 191
19. Conceptul vieții mele 192
20. Drumul cel lung 193
21. Eliberarea pas cu pas 199
22. Chibzuința cea scumpă 199
23. Nu am timp 200
24. Negustorul și papagalul 202
25. Exagerare 203
26. Profetul și lingurile cele lungi 204
27. Dependentul de morfină 207
28. Vrăjitorul 231
29. Vindecarea ușoară 235

30. Un exemplu curent din practica medicală 268
31. Despre curajul de a îndrăzni să riști 274
32. Valoarea lui Este și valoarea lui Trebuie 281
33. Distanța potrivită 286
34. Povestea turbanului 284
35. Poruncile împărțite 290
36. Responsabilitățile împărțite 295
37. Cioara și păunul 302
38. Mulahul în orașul străin 304
39. Trainingul de relaxare 307
40. Programarea pozitivă a comportamentului 309
41. „Strigătul primordial“ al califului 309
42. Un motiv pentru a fi recunoscător 318
43. Conceptul de comunicare 325
44. Mama grijulie 322
45. Concept-contraconcept 327
46. Extinderea obiectivelor 330
47. Planul de energie 334
48. Negustorul deștept 336
49. Viitorul planificat 336
50. Planul zilnic 338
51. Evaluarea evoluției terapeutice 350
52. Grijile altora 355
53. Spectacolul de marionete 362